

常務理事	事務長			担当

健康保険 被保険者証／高齢受給者証 滅失・き損届

社員番号

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号番号	記号		生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得 年 月 日	令和	年	月	日	
		番号												
	被保険者 氏 名	フリガナ		被保険者 住 所	〒		一							
					電話									
	提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅 失 (紛失 ・ 盗難 ・ 不明) 2. き 損 3. その他 (												
	該 当 者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分												
	該当者が被扶養者 の場合記入	①	フリガナ		続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
		②	フリガナ		続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
		③	フリガナ		続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	滅失又は毀損したとき のその状況	※できるだけ具体的にご記入ください												
警察への届出状況	有 ・ 無	届出先		警察署	届出日	令和	年	月	日					

健康保険被保険者証・高齢受給者証滅失届 (滅失の場合のみ記入)

上記のとおり、被保険者証・高齢受給者証を滅失いたしました。滅失した証を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和 年 月 日 被保険者氏名

◎健康保険被保険者証のき損のための届であるときは、き損した被保険者証を、この届書に添付してください。

事 業 所 の 証 明	上記の届出について相違ないことを証明いたします。
	令和 年 月 日
	事業所所在地 〒
	事業所名称
	事業主氏名
	電 話

パーソルキャリア健康保険組合

令和 年 月 日提出

受付日付印