

記入例

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		←記入してください
------	--	-----------

被保険者が記入するところ	被保険者証等の記号番号	記号	1	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	〇〇〇〇〇		6	0	1	0		1	5	0	2	0	4
	被保険者氏名	フリガナ	ケンボ タロウ			被保険者住所	〒 ××× - ××××								
		健保 太郎			東京都世田谷区△△1-1-1										
			電話 090-△△△△-××××												
	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状況	※できるだけ具体的にご記入ください 紛失した時などの状況を詳しく記入してください														
警察への届出状況	有 ・ 無	届出先	〇〇	警察署	届出日	令和	6	年	12	月	10	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 6 年 12 月 11 日 被保険者氏名 健保 太郎

◎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