

常務理事	課長	係長	係

健康保険被保険者証紛失・滅失届

被保険者証 記号・番号		被 保 険 者 氏 名	⑩	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	令和	年 月 日	現在資格の有無	有 無
被保険者の 住 所	〒 ー			電話番号	() ー		
紛失等の対象者	氏 名		生 年 月 日	性別	続柄	紛失した理由(詳細に記入)	
	被保険者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男女	本人	
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男女		
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男女		
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男女		

上記のとおり紛失・滅失したのでお届けします。紛失証を発見した場合は直ちに返還するとともに今後は紛失しないよう大事に保管します。

令和 年 月 日
大阪菓子健康保険組合理事長 様

事業主の証明	上記の届について相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日
	所在地 事業所 名 称 事業主氏名 ⑩