

健康保険証滅失届

常務理事	事務長	担当

太枠内をご記入ください。 ※ **被保険者証** は該当される箇所に○をつけてください。

記号	番号	事業所名	所属

滅失者	本人 ・ 被扶養者	ふりがな	生 年 月 日		
		被保険者氏名	昭和 平成	年	月

滅失者が被扶養者の場合ご記入ください。 ↓

ふりがな	続柄	生 年 月 日	ふりがな	続柄	生 年 月 日
氏名		昭和 平成 令和	氏名		昭和 平成 令和
ふりがな	続柄	生 年 月 日	ふりがな	続柄	生 年 月 日
氏名		昭和 平成 令和	氏名		昭和 平成 令和

健康保険証を紛失した場合は、必ず警察署などへ届け出てください。

上記のとおり **健康保険** **被保険者証** ・ **限度額適用認定証** ・ **高齢受給者証** を滅失しましたので届出いたします。

なお、健康保険証を紛失したことにより、大阪読売健康保険組合に費用が発生した場合には、私が責任を持って賠償します。また健康保険証発見の場合は直ちに返納します。

年 月 日
大阪読売健康保険組合理事長殿

被保険者住所 〒 -
電話番号 - - 携帯番号 - -
氏名

2021.4月改定

受付日付印

備考	
----	--

事業主記入欄	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	() 番

社会保険労務士記入欄