

健康保険被保険者証
資格確認書
限度額適用認定証
高齢受給者証

滅失届

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号番号	記号		被保険者 氏 名		生年月日	年 月 日
		番号					
	滅失した 者の氏名	氏 名			生 年 月 日	氏 名	生 年 月 日
					年 月 日		年 月 日
	滅失した状況	滅 失 し た 日		年 月 日 頃		滅 失 し た 場 所	
		状 況					
	保険証を最後に 使った受診状況 を記入のこと	保険診療を始めた日		保険診療をやめた日		医 療 機 関 名	医療機関住所(市区町名)
		年 月 日		年 月 日			
		年 月 日		年 月 日			
	私は被保険者証等を返納すべき義務があるにもかかわらず、滅失したため、返納することができません。 なお、該当証等を発見したときは、ただちに返納するとともに、この滅失した被保険者証等により貴組合が損失を受けた場合は、責任をもって全て賠償することを誓約いたします。 令和 年 月 日 被保険者住所 氏名 電話番号 日本触媒健康保険組合理事長殿						
事 業 主 の 記 入 欄	上記のとおり被保険者証等を滅失したことに相違ないことを証明します。 なお、今後は滅失することのないよう周知徹底をはかります。 令和 年 月 日 事業主住所 名称 氏名 日本触媒健康保険組合理事長殿						

組 合 の 記 入 欄	資 格 取 得	年 月 日	常務理事	事務長	係
	資 格 喪 失	年 月 日			
	発 見 日	年 月 日			

受付印