

常務理事	事務長	主任	係	台帳

健康保険被保険者証滅失届

記号		番号		届書の種類	喪失・更新	
被保険者の勤務する(していた)事業所		所在地				
		名称				
滅失対象者						
氏名				続柄	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
被保険者証を滅失したときの状況						
令和 年 月 日						
T I S インテックグループ健康保険組合理事長 殿						
<p>うえに記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。 今後は充分取り扱いに注意いたします。 なお、滅失被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p>						
被保険者				住所		
				フリガナ		
				氏名		

〔注意事項〕

受付印

この届書は、健康保険被保険者証の更新の際、被保険者証を返納することのできない者が有効被保険者証の再交付を受ける場合、または健康保険資格喪失者が被保険者証を返納することができない場合に提出するものです。