

# 健康保険被保険者証滅失届

						常務理事	事務長	課長	担当者
記号	番号	被保険者の氏名	性別	生年月日		資格取得年月日			
			男・女	明・大 昭・平	年 月 日	昭和・平成 年 月 日			
被保険者の住所						被扶養者の有無			
TEL						有 ( ) 人 無			

証滅失の対象となる者	被保険者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	被保険者証を滅失した理由・場所
		上記に同じ			本人	
	被扶養者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	被保険者証を滅失した理由・場所
			明・大 昭・平	年 月 日	男・女	
			明・大 昭・平	年 月 日	男・女	
		明・大 昭・平	年 月 日	男・女		
		明・大 昭・平	年 月 日	男・女		

上記のとおり被保険者証を滅失したのでお届けします。

なお、今後は滅失することのないようによく注意するとともに失った被保険者証を発見したときは、ただちにそれをお返しいたします。

被保険者氏名

㊞

上記のとおり被保険者から滅失届の提出があったので調査の結果事実と相違ないことを証明します。	
所在地	㊞
事業所名称	
事業主氏名	

平成 年 月 日 提出

大阪自転車健康保険組合理事長 殿