

# 健康保険 被保険者証等滅失届 (被扶養者用)

扶養削除の際に被保険者証等を返納できない場合

※ この届は、被扶養者を削除する際、被保険者証等を滅失したため、「被扶養者(異動)届」に被保険者証等を添付できない場合に提出する。

係	事務長	常務理事
---	-----	------

【提出日】 令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者証の (左づめ)	記号 [ ][ ][ ][ ]	番号 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	氏名 (フリガナ) .....
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 ( ) 内線 ( )
	会社名 事業所 所属	※退職者の方は住所をご記入ください。		

※ 被保険者証等を滅失した方、お1人につき1枚提出してください。

滅 失 し た 方 ( 被 保 険 者 記 入 欄 )	滅失した証	氏名	生年月日	滅失した日	
	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証	(フリガナ) .....	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	被保険者証等を 滅失したときの状況 (詳細に記入してください)				

被 保 険 者 記 入 欄	誓約事項
	1. 滅失した被保険者証等により健康保険組合に損害をおよぼす場合は、私が損害賠償の責を負います。 2. 滅失した被保険者証等を発見したときは、すみやかに発見した被保険者証を健康保険組合に返却いたします。
	九州電力健康保険組合 理事長 殿
	令和 年 月 日
	被保険者住所 .....
	被保険者名 .....

[備考]	受付日付印
------	-------