健康保険被保険者証滅失等届

※令和6年12月2日以降に被保険者証を滅失、破損等した場合に提出する。

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	☐ 昭和　☐ 平成　☐ 令和 年　月　日	電話番号（日中の連絡先）	☐ 勤務先　☐ 自宅　☐ 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。

滅失等した方（被保険者記入欄）

氏　名	生年月日	届出の理由
（フリガナ）	☐昭和 ☐平成　年　月　日 ☐令和	☐滅失　☐破損 ☐その他 （　　）
被保険者証を滅失等したときの状況（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

【注意事項】

・被保険者証を滅失した場合は、誓約事項に氏名等をご記入ください。

・被保険者証を破損した場合は、破損した被保険者証を添付してください。

・資格確認書の発行が必要な場合は、「資格確認書（再）交付申請書」を併せてご提出ください。

〔備考〕

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。

受付日付印

（2024.12）

九州電力健康保険組合