

健康保険被保険者証 滅失届

トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	記号	-	番 号				被保険者 氏名
	資格喪失日	※ 退職の場合は <u>退職日の翌日</u> 、家族の取消の場合は <u>申請日</u> を記入						
	現住所	〒 - 【電話 () 】						
	返却できない 方の氏名							
	返却できない 理 由							
	<p><念書></p> <p>上記に記載した通り、健康保険被保険者証を滅失したことに相違ありません。 紛失、盗難に伴い貴組合に損害を与えた場合は責任を負います。 発見した場合は直ちに返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 (印)</p>							

【事業主・健保使用欄】

事 業 主 証 明 欄	被保険者から被保険者証の滅失の申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は被保険者の証取り扱いに注意するよう指導いたします。		健 保 組 合 受 付
	所在地	担当人事	
	事業所名	電話番号	
	代表者名	—	
印			

■ 『健康保険被保険者証滅失届』は、健康保険の資格を喪失する時（被保険者の退職や被扶養者が就職した等）に、保険証がなくなって返却できない場合に提出してください。

■ 提出ルート

申請者 → 担当人事 → 保険組合【資格認定G】