

健康保険組合			
常務理事	事務長		担当者

健康保険 被保険者証等 滅失届

提出日 年 月 日

被保険者	記号			番号		
	氏名			所属部署	名称	
	生年月日	平成			TEL番号	
	自宅住所	〒				

※いずれかに○をしてください。

健康保険被保険者証
資格確認書
限度額適用認定書
高齢受給者証

を滅失した為、返却しない旨を届出ます。

<注意>

- ・滅失した保険証または資格確認書を発見した場合は速やかに健康保険組合まで返納ください。
- ・盗難や外で滅失の方は、悪用のおそれもありますので最寄りの交番にもお届けください。
- ・滅失届は、日本ハムビジネスアソシエ(株)東京人事サービス1課にご提出ください。

<事業主記入欄>

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名