

シ ナ ネ ン 健 康 保 険 組 合

常務理事	事務長	係

健康保険 被保険者証滅失届

保険証を滅失したため返却できない場合に、提出してください

シナネン健康保険組合理事長殿

提出日						令和	年	月	日
健康保険証	記 号		被保険者氏名						
	番 号								
本人住所									
事業所名称							退職日		
滅失者の氏名				続 柄					続 柄
				続 柄					続 柄
				続 柄					続 柄
滅失理由									
警察への届出	警 察 名								
	届出番号								
* 上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失しましたのでお届けします。 以後発見したときはただちに返納いたします。									

■提出ルート：申請者→事業主（担当人事）→シナネン健保

事業主 証明	上記申請について相違ないことを証明いたします 住所	受付
	氏名	

被保険者証の返納があった日 令和 年 月 日