

事業主印

受付日付印

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証滅失届 (資格喪失時)

健康保険者証	記号		被保険者氏名	
	番号			
生年月日	昭和 平成	年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
事業所名				
滅失対象者	1. 被保険者 (本人)		2. 被扶養者 (家族)	
滅失対象者が 2. 被扶養者 (家族)の場合 該当者を記載	被扶養者氏名	続柄	被扶養者氏名	続柄
	被扶養者氏名	続柄	被扶養者氏名	続柄
	被扶養者氏名	続柄	被扶養者氏名	続柄
滅失したときの状況 (詳しく記入)				

住友ゴム工業健康保険組合 理事長殿	令和 年 月 日
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。 なお、この被保険者証を発見したときはただちに返却いたします。	
被保険者	住所 _____
	氏名 _____ 印 _____

※健保記入欄

被保険者証の返却があった日： 令和 年 月 日
-------------------------