

健康保険

- ・ 資格確認書
- ・ 資格情報のお知らせ
- ・ 限度額適用認定証
- ・ 高齢受給者証
- ・ その他 ( )

減失届

※該当の□にチェック (☑) を記入、太枠内に記入し、事業所 (総務・人事) 経由で提出してください。

①被保険者等 記号-番号	—	②減失の原因	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
③被保険者氏名	(フリガナ)	④被保険者の生年月日			
		昭和 平成 令和	年	月	日
⑥減失した方の 氏名	(フリガナ)	⑦減失した方の生年月日			⑧ 続柄
		昭和 平成 令和	年	月	
⑨被保険者の 住所	〒 電話番号 自宅 ( ) 携帯 ( )				
⑩減失した方の 住所	〒 電話番号 自宅 ( ) 携帯 ( )				
⑪減失したとき の状況	(※減失したと思われる状況と減失したことを気付くまでの状況を、具体的に記入して下さい。)				
⑫添付書類	<input type="checkbox"/> 「被害届」のコピー : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 役所が交付する「り災証明書」等のコピー : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
⑬事業所所在地 事業所名称 事業主名	※任継の方は直接、健保組合へご提出ください。 〒  電話 :			[健保組合 記入欄] (発券通番) ----- 印	

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	業務係長	係員

受付日付印