

常務理事	事務長	課長	担当

健康保険被保険者証 滅失・毀損届
(兼資格確認書交付届)

被保険者等 記号・番号		被保険者 氏名 生年月日	昭・平 年 月 日		所屬長
被保険者 住 所	〒 電話				係
資格取得 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者証 滅失年月日	令和	年 月 日
事業所の 名 称					

対象となる者	被保険者	氏名	生年月日	続柄	内容	※資格確認書 発行要否	
				上記のとおり		本人	滅失 毀損
	被扶養者		昭和 平成 令和	年 月 日		滅失 毀損	<input type="checkbox"/> 発行が必要
			昭和 平成 令和	年 月 日		滅失 毀損	<input type="checkbox"/> 発行が必要
			昭和 平成 令和	年 月 日		滅失 毀損	<input type="checkbox"/> 発行が必要

滅失・毀損の状況(詳細に)

※資格確認書が必要な場合は「資格確認書発行要否」欄の「発行が必要」に
チェック☑を入れて下さい。マイナ保険証をお持ちの方は、この欄のチェックは不要です。

滅失の場合
警察への届出

届出日: 令和 年 月 日 警察署名: 受理番号:

返納の誓約

上記のとおり被保険者証を滅失しましたが、この被
保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。 氏名 氏名

令和 年 月 日 提出

事業所の証明	被保険者から健康保険被保険者証の滅失・毀損申請があり、上記のとおり相違がないことを証明いたします。
	なお、今後はマイナ保険証・資格確認書を滅失又は毀損することのないように指導いたします。
	令和 年 月 日
	京成電鉄健康保険組合 殿
	所在地 事業所 名称 代表者

受付日