

健保組合使用欄			
常務理事	事務長		

健康保険 被保険者証 滅失申請書
被扶養者

被保険者情報			
被保険者等記号	番 号	被保険者氏名	生年月日
			昭和 平成 令和 年 月 日
住 所			備 考
被保険者の個人番号(マイナンバー) ※被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です			
			マイナンバーを記入した場合は 必ず本人確認書類を添付してください

滅失した方	
滅失した方の氏名	生年月日
	昭和 平成 令和 年 月 日
	昭和 平成 令和 年 月 日
	昭和 平成 令和 年 月 日
	昭和 平成 令和 年 月 日

年 月 日提出

事業主所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	
---------------------------------	--

受付日付印
