

飯野健康保険組合 理事長 殿

常務理事	事務長	係員	係員

## 健康保険被保険者証滅失届

令和 年 月 日

被保険者証の 記号番号	—	被保険者氏名		
被保険者の 住所	〒 —		生年月日	大正 昭和 平成 令和
被保険者の勤務 する事業所	名 称			
	所在地			
滅失したとき の状況				
<b>被保険者証を滅失（紛失・盗難等）した場合は必ず警察署等に届け出てください。</b>				
届け出た 警察署名	警察署	届出日：令和 年 月 日	届出番号	
<b>誓約事項（届出の理由が滅失のときにご記入ください）</b>				
上記のとおり被保険者証を滅失しました。滅失した被保険者証に関する全ての責任は私が負うことを誓約します。今後、被保険者証の保管及び取扱いには十分注意し、滅失した被保険者証を発見・回収したときには直ちに返納します。				
被保険者氏名 _____（自署）				

事業主の証明：上記のとおり被保険者から滅失の届出がありました。	
事業所の所在地	
名 称	
事業主氏名	