

保険証更新時用

		課長	係長	係員

被保険者証滅失届

被保険者の 記号・番号		被保険者の 氏名及び性別		男 女
被保険者の 現住所	〒	—	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
資格取得 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	保険証を 滅失した日	令和	年 月 日
保険証を滅失 された方の氏名				
滅失した場所 (わかる範囲で)				
滅失した理由 (くわしく)				
上記のとおり被保険者証を滅失しましたが、発見したときは、ただちに返納いたします。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____				
上記のとおりお届けします。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 _____				
愛鉄連健康保険組合理事長 殿				