用紙 B-2 号(令和 5.04)

健保使用欄			
常務理事	事務長		担当

事業所 健保担当者
年 月 日

健康保険　被保険者証　滅失届

被保険者証	記号		番号		資格取得 年月日	平・令　年　月　日
事業所名 （会社名）					所属	
被保険者氏名					被保険者 生年月日	昭・平　年　月　日
届出対象者	氏名					
	氏名					
	氏名					
	氏名					
被保険者証を 滅失したときの 状況						

令和　　年　　月　　日提出

上記の届書に記載したとおり、被保険者証を滅失し返納することができませんが、これに起因する一切の事故についてはその責任を当方において負います。

なお、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。

ＪＶＣケンウッド健康保険組合　殿

住　所

被保険者　氏　名

ＴＥＬ　　（　　）

受付印