

常務理事	事務長		係

健康保険 被保険者証 紛失届

被保険者証	記号			フリガナ		
	番号			被保険者氏名		
被保険者証の資格取得年月日	昭和 平成	年	月	日	生年月日	昭和 平成
健康保険被保険者証を紛失した者の氏名					続柄	
紛失した被保険者証等の種類	被保険者証 ・ 高齢受給者証					
被保険者証を紛失した日時、場所等の状況	届出先 _____ 警察署 届出日 _____ 月 _____ 日 警察受付No. _____					
最後に被保険者証を使用した日時	年	月	日			
最後に被保険者証を使用した医療機関等の	名称					
	所在地					
事業所	名称					
<p>上記に記載したとおり、被保険者証を紛失したので届出いたします。</p> <p>紛失した被保険者証が不正に使用されることのないよう、今後3カ月間に医療機関で診療を受けたときはその都度報告し、紛失した被保険者証を発見したときは直ちに返納いたします。</p> <p>また、万一紛失した被保険者証が不正に使用された場合は私が一切の責任を負います。</p> <p style="text-align: right;">平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日提出</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 _____ (印)</p>						

[注]

- ・被保険者証を再交付する場合は、再交付申請書とあわせて提出してください。
- ・盗難等により紛失したときは早急に警察に届け出てください。

受付日付印