

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

健康保険被保険者証 滅失届(退職者用)

| | | | |
|----------------|--|-------------|--------------------|
| 被保険者証 記号・番号 | — | 事業所の 名 称 | |
| 被保険者の 氏名 | | | |
| 被保険者の 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | 性別 男 ・ 女 |
| 被扶養者の有無 | 有 ・ 無 | | |
| 資格喪失年月日 | 平成 令和 | 年 月 日 喪失 | 〔平成 令和 年 月 日退職〕 |
| 滅失した被保険者証 | 平成 令和 | 年 月 日 交付 | (本人・家族〔氏名 分〕) |
| 被保険者証の 滅失理由 | (保険証を返納できない理由を詳しく記入して下さい) | | |
| 誓 約 | 滅失した被保険者証につき悪用(サラリーローンや医療費の不正請求等)された場合、貴組合 に対し一切の賠償責任を負うことを確約いたします。尚、旧被保険者証発見のときは直ちに返 納致します。 | | |

大和ハウス工業健康保険組合理事長殿

| | |
|--|--|
| 上記の通り被保険者証を上記事由により返納できませんので届出致します。 なお 取不能の被保険者証によって保険事故が発生した場合は事業主において 解決の責任を負います。 | |
| 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 | |

| |
|-------|
| 受 付 印 |
| |