

常務理事	事務長	担当者

### 健康保険被保険者証紛失届

フリガナ	性別	男・女	生年 月 日	昭和 ・ 平成	年 月 日
被保険者 氏名	所 属				
TEL					
現住所					
紛失した被保険者証の記号・番号			記号	番号	
紛失した被保険者証に記載されている氏名・続柄			氏名	続柄	
毀損・滅失の理由 (日時・場所等 具体的に)					
警察署への届出	有・無	届出年月日 令和 年 月 日	届出受理番号 第 号	届出先	派出所 交番 警察署

(注) 1. 紛失の場合には下記に署名して下さい。また、万が一に備え警察署へも届出て下さい。

### 紛失被保険者証に関する誓約書

標記滅失事由の通り被保険者証を滅失いたしました。その被保険者証により不正受診等の事実がありましたときは、全ての責任をとり補償することを誓約いたします。また、今後このようなことがないように十分注意いたします。なお、滅失した被保険者証を発見した場合は直ちに返納いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名

事業主所在地  
事業名称  
事業主氏名  
(事業所担当者名 \_\_\_\_\_)

小松製作所健康保険組合 殿

受付印付印