

健 保 捺 印 欄			
常務理事	事務長	室 長	担当者

## 資格喪失時の健康保険被保険者証滅失届

被保険者証 の記号番号	.....	被保険者氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	資格喪失 年月日	平成 年 月 日
対象者 氏名及び 生年月日		昭和・平成 年 月 日	
		昭和・平成 年 月 日	
		昭和・平成 年 月 日	
滅失した日	平成 年 月 日		
滅失した場所			
滅失した理由 (できるだけ 詳しく)			
<p>上記の通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します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者の住所 氏名</p> <p>上記の通りお届けします。</p> <p style="text-align: center;">事業所の所在地 名称</p> <p style="text-align: center;">事業主の氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿</p>			