

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証滅失（未回収）届

被保険者証			被保険者の氏名 性別・生年月日	男・女 昭・平 年 月 日		
記号		番号				
被保険者の住所		〒 - 電話番号（ ） -				
資格取得年月日		昭・平・令 年 月 日		現在、資格喪失している場合は、資格喪失年月日	令和 年 月 日	
被保険者証滅失の対象者	氏 名		続柄	被保険者証を滅失した事由		
	被保険者	(氏) (名)				
	被扶養者	(氏) (名)				
	被扶養者	(氏) (名)				
	被扶養者	(氏) (名)				
	被扶養者	(氏) (名)				
令和 年 月 日 住所 被保険者 氏 名 電話番号（ ） -						
事業主欄	上記のとおり、事実に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 みづほ健康保険組合 理事長 様					
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin: 0 auto; position: relative;"> 受付日付印 </div>					