

【被保険者】 → 【健康保険組合】

健康保険 **被保険者証** **減失届**
高年齢受給者証 **認定証**
限度額適用認定証 **資格確認書**

常務理事	事務長	課長	係

① 健康保険被保険者 記号・番号	② 被保険者の氏名	③ 被保険者の現住所
.	(氏) _____ (名) _____	〒 _____ TEL _____

④ 滅失した対象となる者の	氏名	⑤ 滅失した証等 ※該当する証等に○
		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 資格確認書

⑥ 証等を滅失した	
日時	令和 年 月 日 () 時 分頃
場所	
事由	

上記の事由により届出します。
 今後、滅失した証等が出てきた場合は、直ちに返納します。

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

被保険者氏名