

りそな健康保険組合 御中

資格喪失時健康保険被保険者証紛失届

被保険者証の 記号と番号			被保険者氏名		
性別	男 ・ 女	生年月日	年	月	日生
被保険者の 現住所	〒 -				
紛失した 被保険者証 1, 2いずれか、 または両方を ○で囲んでくださう。	1	被保険者（本人）分			
	2	被扶養者（家族）分 ※紛失した被扶養者について下欄に記入してください。			
		氏名	性別	生年月日	続柄
			男 ・ 女	年 月 日生	
			男 ・ 女	年 月 日生	
			男 ・ 女	年 月 日生	
	男 ・ 女	年 月 日生			
紛失理由 (下記※参照)					
<p>上記のとおり紛失いたしましたのでお届けいたします。 なお、上記被保険者証に関して貴組合に損害をかけた場合は私がおの責に任じます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>りそな健康保険組合 理事長殿</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名（自署）</p>					
紛失に関する 事業主の証明	上記のとおり被保険者証を紛失したものであることを証明します。				
総務担当役職者 氏名および連絡先	電話	-	-	(内線)

・事業主記入欄を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入と事業主（総務担当役職者）氏名のサインをご記入ください。

※ 紛失理由は下記の事項を含めて詳しく記入すること

- ① 最終確認日（保険証を最後に確認した日）
- ② 紛失と気づいた日
- ③ その後、発見に努めた経過等
- ④ 盗難の場合は、警察への届出の有無

【健保使用欄】

年 月 日		
常務理事	検印	担当