

健康保険 被保険者証 滅失届(本人・家族)

高 齢 受 給 者 証

注意事項 この届出は被保険者・家族が被保険者証(高齢受給者証)を返納できないために届出するものです。次のような場合に被保険者証(高齢受給者証)を添付して返納できない場合【家族含む】を提出 被保険者証(高齢受給者証)の更新時等に被保険者証(高齢受給者証)を添付して返納できない場合【家族含む】を提出 被扶養者抹消の際に当該被扶養者の被保険者証(高齢受給者証)を添付して返納できない場合【家族含む】を提出 被保険者資格喪失時に被保険者証(高齢受給者証)を返納できないために届出するものです。	健康保険被保険者証の記号及び番号	被保険者の氏名、性別及び生年月日	男・女 昭和・平成 年 月 日 日生	
	被保険者の資格を取得した年月日	昭和 平成 年 月 日	家族の場合はその者の氏名、性別及び生年月日	男・女 昭和・平成 年 月 日 日生
	被 保 険 者 証 (高 齢 受 給 者 証) を 滅 失 し た 事 由 (詳 し く)			
	滅失時の受診状況	傷 病 名	保険診療を始めた年月日	保険診療を担当した医療機関等 名 称 所在地(郡市区名)
1		昭和 平成 年 月 日		
2		昭和 平成 年 月 日		
3		昭和 平成 年 月 日		

上記のとおり被保険者証(高齢受給者証)を滅失したため返納することができません。なお、資格喪失(抹消)後の受診にかかる治療費がある場合は、全額責健康保険組合に返還します。

平成 年 月 日 提出

兵庫県運輸業健康保険組合 様

被保険者住所

被保険者氏名

電 話 番 号 () -

被 保 険 者 証 (高 齢 受 給 者 証) 滅 失 に 関 す る 事 業 主 の 証 明	上記のとおり、事実と相違ないことを証明します。	事業所の所在地、 名称及び氏名	電話 ()
---	-------------------------	--------------------	-----------------------------