

日本電気健康保険組合 御中

## 健康保険 被保険者証(カード型)紛失届 (本人・家族 資格喪失、一斉更新時用)

**【注意事項】**

・この届書は健康保険の資格を喪失した際、被保険者証を紛失して返納できない場合の届出書です。

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	性別	男・女	
フリガナ 被保険者氏名	(自署の場合は捺印省略可) ㊟		生年月日	平成 昭和	年 月 日
資格取得年月日	昭和 平成	年 月 日	資格喪失日	平成	年 月 日
被保険者の 勤務する 事業所	名称				
	所在地				
紛失した対象者	1. 被保険者 (本人)      2. 被扶養者 (家族)      3. 両方				
紛失した対象者 が2. 被扶養者 の場合に記載	フリガナ 被扶養者氏名	生年月日		続柄	性別
		昭和 平成	年 月 日		男・女
		昭和 平成	年 月 日		男・女
		昭和 平成	年 月 日		男・女
被保険者証を 紛失したとき の状況 (詳しく記入)	紛失・盗難 ( 届け先: 警察署 ) ( 届 日: 月 日、 警察受付No. )				
上記に記載したとおり、被保険者証を紛失いたしました。 なお、この被保険者証を発見した時は、直ちに返納いたします。 また資格喪失後無資格で診療を受けた場合は、責任をもって診療費を返納いたします。 被保険者の住所 電話 氏名 ㊟					
平成 年 月 日提出					
上記のとおり被保険者から紛失届がありましたので届出いたします。 所在地 事業主 名称 氏 名 ㊟					

健 保 処 理	入力日	受付年月日		マネージャー	主任	担当