記入例

保険証を紛失して返却できない場合にご提出ください。
再交付が必要な場合は、用紙B-9号「健康保険被保険者証再交付申請書」をご提出ください。

用紙 B-2 号(令和 5.04)

健保使用欄			
常務理事	事務長		担当
※押印不要(健保使用欄)			

事業所健保担当者
※事業所の健保担当者が記入

保険証の「記号」「番号」「資格取得年月日」を記入。不明な場合は未記入で構いません

健康保険　被保険者証　滅失届

被保険者証	記号	101	番号	12345	資格取得年月日	平・(令) XX 年 XX 月 XX 日
事業所名(会社名)	(株)JVCケンウッド				所属	○○部△△グループ
被保険者氏名	健保　太郎				被保険者生年月日	(昭)・平 XX 年 XX 月 XX 日
届出対象者	氏名	健保　花子				
	氏名					
	氏名					
	氏名					
被保険者証を滅失したときの状況						

返却できない方の氏名をご記入ください

なくした時の状況を詳しくご記入ください

令和　XX 年　XX 月　XX 日提出

上記の届書に記載したとおり、被保険者証を滅失し返納することができませんが、これに起因する一切の事故についてはその責任を当方において負います。

なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

ＪＶＣケンウッド健康保険組合　殿

住所　東京都△○□市○○町XXXX－XX

被保険者　氏名　健保　太郎

ＴＥＬ　XXX　(　XXX　)　XXXX

受付印