

健康保険被保険者証紛失届

常務理事	事務長	課長・リーガール	担当者

太線内にご記入ください。

被 保 険 者	記号	番号	氏名			
	会社名	所属 (社内TEL : _____)				
紛 失 対 象 者	氏 名	生年月日	続柄			
		S・H . .				
		S・H . .				
		S・H . .				
		S・H . .				
		S・H . .				
<p>下記の事由による被保険者証の返却に際し、これの紛失に気づきましたので紛失届を提出いたします。(該当に○印をつけてください)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">被保険者資格の喪失</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">被扶養者の取消</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">その他(_____)</td> </tr> </table> <p>なお、紛失した被保険者証による不正受診等が発生した場合には、貴組合の指示に従い責任をもって対処いたします。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日 提出</p>				被保険者資格の喪失	被扶養者の取消	その他(_____)
被保険者資格の喪失	被扶養者の取消	その他(_____)				

武田薬品健康保険組合

- 注： 1. 武田薬品の方および任意継続の方は健康保険組合へ提出してください。
 2. 武田薬品以外の方は事業所人事担当者へ提出してください。

健保処理欄	証紛失入力	