

# 健康保険被保険者証紛失届

**記入例**

常務理事	専務員	課長・主任	担当者
記入不要			

太線内にご記入ください。

被 保 険 者	記号	番号	氏名			
	325	1234	健保 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span> <sup>®</sup>			
	会社名	所属				
	〇〇薬品工業株式会社	△△工場 製造部〇〇グループ (社内TEL : 831-2345)				
紛 失 対 象 者	氏 名	生年月日	続柄			
	健保 太郎	S・H 40 . 10 . 3	本人			
		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%;"> <tr> <td style="text-align: center; border: 2px solid red;">被保険者資格の喪失</td> <td style="text-align: center;">被扶養者の取消</td> <td style="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> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin-right: 10px;">提出される日をご記入ください。</div> <div style="margin-left: 20px;">             平成 20年 4月 5日 提出           </div> </div>				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	記入不要
------	------