組合使用欄	喪失(削除)年月日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	担当者	
	返納年月日	令和　年　月　日				
	届出の種類	□喪失 ・ □削除	滅失の内容	□紛失 ・ □廃棄 ・ □盗難 ・ □その他		

健康保険 ☑被保険者証 □資格確認書 滅失届

被保険者欄				
被保険者証の記号・番号	１２３　・　４５６７		事業所名称	○○○○株式会社
被保険者氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健 保　太 郎		被保険者の生年月日	☑昭和 □平成 ××年××月××日
被保険者の現住所	〒１２３-４５６７ ○○県○○市○○町○○番地○○ 電話 １２３４（　５６　）７８９０			
資格取得年月日	□昭和 ☑平成 □令和 ××年 ××月 ××日			

滅失した被保険者証・資格確認書〔該当者〕について

氏名	フリガナ　ケンポ　ハナコ 健 保　花 子	生年月日	☑昭和 □平成 □令和 ××年××月 ××日	続柄	妻
滅失したときの状況（詳しく）	保険証を返却しようとして探したが見つからなかった。				

本欄は被保険者が自署	
	うえに記載のとおり ☑被保険者証 □資格確認書 を滅失しました。 滅失した被保険者証または資格確認書により万一事故が発生した場合、貴組合には一切ご負担をお掛けしません。 なお、この被保険者証または資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。 令和××年××月 ××日 野村健康保険組合　御中 被保険者氏名 健 保　太 郎

上記のとおり被保険者より被保険者証・資格確認書滅失の申出があったことについて、届出のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	事 業 所 記 入 欄	受付日付印