

処理年月日	年	月	日
常務理事	事務局長	担	当

被保険者証滅失届

記号番号	—		
被保険者名			
事業所名			
届出対象者	続柄		氏名
事由発生年月日	年 月 日		
届出事由 (最後に使用した日等、紛失した状況を詳細に記入して下さい)			

先にご交付いただきました被保険者証を、上記のとおり滅失いたしましたのでお届けいたします。

年 月 日

住所
被保険者
氏名

以上、届出事由等調査致しましたところ、相違ないことを証明致します。

所在地
事業所 名称
事業主名

東北しんきん健康保険組合 理事長 殿

※滅失した被保険者証を発見した時はその旨届出の上、直ちに返納して下さい。