

資格(喪失・削除)時の健康保険被扶養者証滅失届

① 被保険者証の 記号・番号	—	② 被保険者氏名	
③ 被保険者住所	〒		
④ 滅失者氏名		生 年 月 日	昭 令 平 年 月 日
⑤ 滅失した日	令和 年 月 日 頃	/	
⑥ 滅失した理由 (詳しく)			
<p style="text-align: center;">上記のとおり、被扶養者証を滅失いたしました。発見したときは直ちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 ㊞</p> <p style="text-align: center;">上記のとおりお届けします。</p> <p style="text-align: center;">事業所所在地</p> <p style="text-align: center;">事業所名称</p> <p style="text-align: center;">事業主氏名 ㊞</p> <p style="text-align: center;">名古屋木材健康保険組合理事長 殿</p>			