

## 健康保険 被保険者証(高齢受給者証)・資格確認書 滅失届

|  |   |        |                        |   |                     |
|--|---|--------|------------------------|---|---------------------|
| 被保険者等<br>記号・番号   | 記号  | 番号     | 届出日                    | 年 月 日   | 常務理事                |
| 対象者<br>(該当に☑)  | <input type="checkbox"/> 被保険者<br><input type="checkbox"/> 被扶養者                                |        | 被保険者<br>退社年月日          | 年 月 日   |                     |
| 対象者が<br>被扶養者のときは<br>その氏名等  | 被扶養者氏名  | 続柄     | 生年月日(年号に☑)             | 被扶養者<br>認定解除日   | 高齢受給者証<br>交付 返納     |
|  |   |        | S・H・R : 年 月 日          | 年 月 日   | 有 無 有 無             |
|  |   |        | S・H・R : 年 月 日          | 年 月 日   | 有 無 有 無             |
| 紛失や盗難時<br>の警察への届出  | 届出先<br>(所在地)  | ( 都道府県 | 警察署<br>交番<br>市・区)      | 届出日   | 年 月 日               |
| 該当するものに☑   | <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 |        |                        |   | 確認者                 |
| 返却できない理由   |   |        |                        |   |                     |
| 上記のとおり被保険者証・資格確認書等を滅失いたしました。この被保険者証・資格確認書等を発見したときは、ただちに返納することは勿論、この滅失によって生じた事故に関しては弁償し、一切の責任を負うことを誓約いたします。                                     |   |        |                        |   | 担当者                 |
| 被保険者氏名<br>(自署)   |   |        | 被保険者<br>性別(☑)          | <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女       |                     |
| 被保険者連絡先<br>(日中の連絡が可能な電話番号)   | ( )   |        | 被保険者<br>生年月日<br>(年号に☑) | <input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H: 年 月 日 |                     |
| 住所   | (〒 - )<br>住所:   |        |                        |   | 伺年月日                |
| 【事業主証明欄】<br>上記の通り被保険者証・資格確認書等を回収することができませんでしたので、健康保険法規則により届出をします。<br><br>事業所名称<br><br>事業主氏名<br><br>(事業主欄は会社担当部署で証明)<br><br>プルデンシャル健康保険組合 理事長 殿 |   |        |                        |   | 年<br><br>月<br><br>日 |

受付日付印