

被保険者証・資格確認書・高齢受給者証
 限度額適用認定証（標準負担額減額認定証）・特定疾病療養受療証

滅失届

同年月日		令和 年 月 日		
常務理事	事務長	課長	係長	係

愛知県信用金庫健康保険組合理事長 様 下記のとおり届け出します。						
被保険者等 記号・番号		被保険者 氏名		被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日
被保険者の 現住所	〒 -					
氏 名		生年月日		続柄	証の種別 (該当するものに○を付してください)	滅失した理由 (詳しく)
滅 失 し た 方 の 対 象 者 欄	被保険者 (本人)	(氏)	(名)	昭和 平成	年 月 日	
	被扶養者 (家族)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	・被保険者証 ・限度額適用認定証 ・資格確認書 (標準負担額減額認定証) ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証
	被扶養者 (家族)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	・被保険者証 ・限度額適用認定証 ・資格確認書 (標準負担額減額認定証) ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証
	被扶養者 (家族)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	・被保険者証 ・限度額適用認定証 ・資格確認書 (標準負担額減額認定証) ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証
	被扶養者 (家族)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	・被保険者証 ・限度額適用認定証 ・資格確認書 (標準負担額減額認定証) ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証

上記の者について、被保険者証等が滅失であるため届出します。なお、被保険者証等を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

受付日付印

事業所所在地
 事業所名称
 事業主氏名
 電 話

※この届は被保険者証等を返納できない場合に提出します。