

被保険者証
高齢受給者証
資格確認書
滅失・毀損届

															令和			年		月		日提出	
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号番号	記号				生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得年月 日	平成 令和	年	月	日								
		番号																					
	社員番号					個人番号									記号番号がわからない場合記入								
	被保険者 氏 名 (自署)	フリガナ						被 保 険 者 住 所	〒 -														
									電話 ()														
	滅失・毀損 した証等 (該当するものに○)	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 資格確認書																					
	提出理由 (該当するものに○)	1. 滅 失 : 紛失 ・ 盗難 ・ 資格喪失時(退職等) (喪失年月日 年 月 日) 2. 毀 損																					
	該 当 者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分																					
	該当者が被扶養者 の場合記入	①	フリガナ						続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日									
②	フリガナ						続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日											
③	フリガナ						続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日											
滅失または毀損した ときのその状況	※できるだけ具体的にご記入ください																						
警察への届出状況	有 ・ 無		届出先					警察署	届出日	令和	年		月		日								

◎毀損のため、有効な被保険者証等がある場合は届出書に添付してください。

被保険者証・高齢受給者証・資格確認書滅失届（滅失の場合のみ記入）														
上記のとおり、被保険者証・高齢受給者証・資格確認書（以下「保険証等」を滅失しました。 これらの保険証を発見したときは、ただちに返納します。 なお、滅失した保険証等によって保険給付等に事故が発生したときには一切の責任を負います。														
令和 年 月 日 被保険者氏名（自署）														

事 業 所 の 証 明	上記の申請について相違ないことを証明します。													
	令和 年 月 日													
	事業所所在地													
	事業所名称													
	事業主氏名													

受付日付印

SUMI グループ健康保険組合理事長 殿