健康保険被保険者証および資格確認書 滅失届

健康保険被保険証の再交付はありません。「資格確認書」の発行が必要な方は、別途「健康保険 資格確認書(再)交付申請書」も一緒に提出してください。

ミツトヨ健康保険組合理事長 殿

被保	被保険者等記号			被保険者	等番号				申請	日			
	пд	氏			名			1	性員:	番号			
	氏名								主年.	月日			
険	所属名称				1								
者	住民票住所	₹	_										
滅失等対象			健康保険被保険者証 資格確認書										
本届出を提出する理由			滅失(紛失、盗難など) き損(切る、折る等で損傷、印字擦れ)									れ)	
本滅失届の対象者			被保険者(本人)					被扶養者(家族)					
本届出の対象となる 被扶養者(家族)			氏 名					生年月日				続柄	
	保険者証を滅失・き した時の詳しい状況 いつ・どこで・どのよう!												
ílí	ントヨ健康保険組合 誓約書	貴組合発行の、私を被保険者とする健康保険被保険者証または資格確認書を(私あるいは家族が)滅失致しましたのでお届けいたします。滅失した健康保険被保険者証または資格確認書により万一事故が発生した場合は貴組合にはご負担をおかけしないことを誓約いたします。 また後日 健康保険被保険者証または資格確認書を発見した際は勝手に廃棄せず直ちに連絡し返却いたします。											
		被保険者氏名											
警察等への届け出 ドヤッシュ・クレジットカードのように使用の一時停止・無効の処置はできません。誤ってシュレッダー等でカードを破砕した等原因が明らかで第三者に渡る可能性がない場合を除き、本届出の前に速やか 警察への届け出を行われることをお薦めいたします。													
	上記確認のうえ、事	実に	相違ないことを証明します。					確認日				確認者	
事業	事業所所在地 神	奈川	県川崎市高津区坂戸一丁目20番1号										
業主証明確	名 称 *	株式	会社 ミツトヨ						年		月	日	
	事業主氏名	きょうしょう しょうしゅう しょうしゅう しょうしゅ しょうしゅ しょうし まんし しょうし しょうしん しゅうしゅ しんしゅう しゅうしゅ しゅうしゅう しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゅう しゅうしゃ しゃりん しゅうしゃ しゃり しゅうしゃ しゃり しゅうしゃ しゃり しゅうしゃ しゃり しゃり しゃり しゃり しゃり しゃり しゃり しゃり しゃり し	取締役社長 沼田 恵明										
9確認欄	事業主が確認した場 ク欄にチェックをいれ												
					常務理		事務		- J.		係		1合受付欄