

常務理事	事務長	担当者

日鉄物産健康保険組合理事長 殿

健康保険 被保険者証・資格確認書滅失届

記 号 ・ 番 号	(記号)	(番号)	被保険者 氏 名		男 女
事業所の名称			生年月日	昭和 平成 年 月 日	
滅失した者の 氏 名、続 柄	氏名			続柄	
	氏名			続柄	
	氏名			続柄	
	氏名			続柄	
滅失したとき の詳しい状況					
年 月 日 上記に記載したとおり、被保険者証・資格確認書を滅失いたしました。 なお、この被保険者証・資格確認書を発見したときは、ただちに返納いたします。 住所 被保険者の 氏 名 印					
備 考					受 付 印