

処理日	令和	年	月	日
常務理事	事務長	係		

健康保険被保険者証滅失届

被 保 険 者 証	(記号)	(番 号)	氏 名	生年月日	昭 平 令	年	月	日	
	70								
被 扶 養 者 証 に 関 す る 届 出 で あ る と き	被 扶 養 者 氏 名		続 柄	生 年 月 日	住 所				
備 考	1. 紛失日(又は紛失確認日)								
	2. 紛失場所								
	3. 紛失届出警察署名								
	4. 警察署への届出日		令和	年	月	日	受理番号		
	5. その他								

私は鹿児島銀行健康保険組合の健康保険被保険者証の交付を受けておりましたが、このたび不注意により上記被保険者証を滅失いたしました。

万一滅失した被保険者証を第三者が使用し貴組合に損害を与えた場合、その損害額は全額私が負担いたします。

なお滅失した被保険者証を後日発見したときは、ただちに返納いたします。

以上後日の証として一札提出します。

令和 年 月 日 被保険者 所 属 鹿児島銀行 室・部・課・店

住 所 (〒)

氏 名

所 属 長 氏 名

事 業 主 株式会社 鹿児島銀行

頭 取 松 山 澄 寛