常務理事	事務長		担当者

健康保険　□　被保険者証　□　高齢受給者証　滅失届

被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者の氏名		性別	男 女
被保険者の生年月日	昭和 平成　年　月　日	被保険者の住所			
滅失理由（詳細に記入してください。）					
いつ	令和　年　月　日				
どこで					
紛失した証の対象者	□　本人	□　家族（氏名）　（続柄）			
滅失状況					

令和　年　月　日提出

上記のとおり　□　被保険者証　□　高齢受給者証　を滅失いたしましたが、今後は十分取扱いに注意いたします。

なお、この証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名　印

上記のとおりお届けします。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　印

京都府農協健康保険組合理事長殿

※届出の種類	喪失　・　被扶養者（異動）　・　更新

※の欄は記入しないでください。

受付日付印