

常務理事	事務長	課長		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	被保険者の 氏名	性	男
	番号		別	女
被保険者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	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	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族(氏名)	(続柄)	
滅失状況				
令和 年 月 日提出				
<p>上記のとおり <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 を滅失いたしました。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。</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 氏 名</p> <p>上記のとおりお届けします。</p> <p style="text-align: center;">事 業 所 所 在 地 事 業 所 名 称 事 業 主 氏 名</p> <p>京都府農協健康保険組合理事長殿</p>				

受付日付印