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　☐ 資格確認書　滅失届

被保険者等記号番号	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 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					
滅失した証（書）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　☐ 資格確認書 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（書）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

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

京都府農協健康保険組合理事長殿

受付日付印