

申請者 → 事業主(人事担当者) → 伊藤忠健康保険組合(ITCKH)

常務理事	事務長		担当者

健康保険被保険者証滅失届

被保険者 氏名		姓 別	男 女	生年 月日	昭和・平成 年 月 日
所 属 部課名					
健康保険被保険者証 記号・番号	(記号)		(番号)		
現在勤務 している 事業所の	名 称				
	所 在 地				
	資格取得年月日	昭和・平成	年	月	日
滅失届の該当者の 氏名をご記入下さい ( )は続柄	本人氏名	(本人)	家族氏名	( )	
	家族氏名	( )	家族氏名	( )	
	家族氏名	( )	家族氏名	( )	
滅失した 理 由 (詳しく)					

上記により、被保険者証を滅失しましたので、お届けいたします。  
 今後は、取り扱いに十分注意いたします。  
 尚、被保険者証を発見したときは、直ちに返却いたします。

伊藤忠健康保険組合理事長 殿 年 月 日

被保険者氏名 印

事業主の証明	
上記の通り、被保険者証を滅失したことに相違ないこと証明します。 尚、今後は滅失することないように指導いたします。	
住 所	年 月 日
事業主 氏 名	印

	更新用
	退職用
	(受付印)

※ 紛失・盗難にあった場合は、悪用される危険性がありますので、まず最寄の警察に紛失・盗難届を出してください。紛失・盗難の法的な証明となります。  
 ※ 本届出の内容は、保険証の滅失に伴うご本人からの届出手続きを目的として使用致します。