

健康保険 □ 被保険者証 / □ 資格確認書 滅失届

資格確認書交付・マイナ保険証利用・喪失・更新

記号		被保険者氏名	性別	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日	生
番号									
被保険者が勤務している (していた) 事業所の 名称			所在地						
滅失した被保険者証・資格確認書に 記載されている氏名									
被保険者証・資格確認書を 滅失したときの状況 (出来るだけ具体的に記入して下さい。)									
※警察等への届出の有無			有・無		(届出先 年 月 日届出) (届出番号 )				

上記のとおり被保険者証または資格確認書を滅失したのでお届けします。

令和 年 月 日

住所

被保険者

氏名

三井物産健康保険組合 理事長殿

・滅失した被保険者証・資格確認書を発見したときには、交付日の古い被保険者証・資格  
 確認書を直ちに返納して下さい。  
 ・被保険者証・資格確認書の紛失や盗難はそのままにせず、必ず警察に届け出て下さい。  
 尚、届出番号も必ず記入して下さい。