常務理事	事務長		係

受付日

健康保険被保険者証　返納不能届

（発行通番　　）

健康保険の記号番号	記号	番号	被保険者の氏 名	
被保険者の生年月日	昭和・平成　年　月　日		資格取得日	昭和・平成・令和　年　月　日
被保険者の住 所				
事業所名	株式会社　部 支店　課　TEL　（　）			

返納不能対象者氏名	生年月日	続柄	返納不能対象者氏名	生年月日	続柄

滅失の年月日	令和　年　月　日	滅失の場 所		滅失した理 由	1 盗難　4 紛失 2 遺失　5 その他 3 焼失　（　）

保険証の記号・番号に代えて個人番号（マイナンバー）により届出する場合は備考欄へ記載してください（マイナンバーを記載した場合は、個人番号を確認するための添付書類が必要です）	備考欄

誓約書（記入必須）

上のとおり被保険者証を滅失いたしましたが、尚発見につとめ、発見した際は直ちに返納いたします。
又後日この滅失により貴組合に損害を与えたときは、一切その責任を負います。

令和　年　月　日

被保険者署名　㊞

事業主の証明並びに連帯保証（記入必須）

被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が被保険者証を滅失したこと、及び上記のとおり相違ないことを証明します。又、後日に至り、この滅失により貴組合に損害を与えたときは被保険者と連帯してその責めに任じます。

令和　年　月　日

事業所名称・代表者名　㊞

※ 一般被保険者（社員）の方は事業主（社長等）の承認印をもらってください
　ＳＭＢＣ日興証券(株)の方の承認印は、第二人事課で押印となります（送付先：第二人事課）