

(令和6年12月改定)

決裁欄	受理日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当
	決定日	令和 年 月 日			

## 健康保険証 滅失届

太枠を全て記入してください。

申請日 令和 年 月 日

被保険者情報	記号		番号		
	被保険者氏名	従業員番号 (付与されている方のみ)			
	事業所名称		所属部署		
	被保険者現住所	〒 -			
対象者欄	被保険者	氏名	性別	生年月日	続柄
			男 女	昭和 平成 令和 年 月 日	本人
	被扶養者		男 女	昭和 平成 令和 年 月 日	
			男 女	昭和 平成 令和 年 月 日	
		男 女	昭和 平成 令和 年 月 日		
滅失の申請理由 (○をつける)	1)	紛失 [状況]	]		
	2)	盗難 [状況]	]		
	3)	被災(火災・自然災害) ※後日罹災証明書を提出してください。	]		

事業主の証明	上記のとおり、申請がありましたので届出いたします。 今後は、滅失することのないよう指導いたします。 令和 年 月 日
	事業所名
	代表者

管轄総務受付	健保組合受付
令和 年 月 日	令和 年 月 日

※消せるボールペン使用不可です

LIXIL健康保険組合

決裁欄	受理日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当
	決定日	令和 年 月 日			

## 健康保険証 滅失届

太枠を全て記入してください。

申請日 令和 \*\* 年 \*\* 月 \*\* 日

被 保 険 者 情 報	記号	131	番号	00000			
	被保険者 氏名	健保 太郎	従業員番号 (付与されている方のみ) *****				
	事業所名称	株式会社LIXIL	所属部署				
	被保険者現住所	〒 *** - **** 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇					
対 象 者 欄	被 保 険 者	氏名 健保 太郎	性別 男	生年月日 平成 ** 年 ** 月 ** 日	続柄 本人		
	被 扶 養 者		男 女	昭和 平成 令和	年 月 日		
				男 女	昭和 平成 令和	年 月 日	
				男 女	昭和 平成 令和	年 月 日	
滅失の 申請理由 (○をつける)	1)	紛失 [状況 自宅に置いていたがなくなっている]					
	2)	盗難 [状況 盗難届の内容 ※遺失届や紛失届ではありません ・届出した警察署名: [ ] ・受付日および番号: [ ]					
	3)	被災(火災・自然災害) ※後日罹災証明書を提出してください。 ・日時 令和 年 月 日 時頃 ・状況 [ ]					

事 業 主 の 証 明	上記のとおり、申請がありましたので届出いたします。 今後は、滅失することのないよう指導いたします。 令和 年 月 日
	事業所名
	代表者

管轄総務受付	健保組合受付
令和 年 月 日	令和 年 月 日

※消せるボールペン使用不可です

LIXIL健康保険組合