

被保険者証滅失届

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者証の 記号・番号	記号		被保険者氏名
	番号		
勤務している 事業所の名称			対象者の氏名
事業所所在地			
届出の事由 (できるだけ詳しく 記入して下さい。)			
上記のとおり申請します。 なお、この被保険者証を発見した時はただちに返納いたします。 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名			

上記の届出のとおり相違ないので証明します。 年 月 日 事業主 住 所 氏 名 ローソン健康保険組合理事長 殿	受付日付印
---	-------

※この書式では再交付申請はできません。
再交付を希望する場合は、「被保険者証(滅失等)届 兼 再交付申請書」をご提出ください。