各証(滅失等)届

常務理事	事務長	担当者	担当者

受　理 年 月 日	年　　月　　日

被保険者証等の 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			滅失等した者の 氏　名	
滅失した証の種類	□健康保険被保険者証　□資格確認書			
届 出 の 事 由 (できるだけ詳しく記入して下さい。)	□滅失	事由		
		滅失年月日	年　月　日	滅失した場所
	□き損	事由		
	□その他	事由		

上記のとおり申請します。

なお、滅失による届出の場合、この各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

※ 1.　届出の事由の該当欄に✔を入れ、詳しい事由を記入すること。
2.　き損のために届出るときは各証を添付すること。