健康保険被保険者証・資格確認書 紛失届

常務理事	事務長	課長･ﾘｰﾀﾞｰ	担当者

※太線内にご記入ください。

被保険者	記号	番号	氏名
	会社名		所属 （TEL：　　）

	氏　　名	生年月日	続柄
紛失対象者		S･H･R　　.　　.	
		S･H･R　　.　　.	
		S･H･R　　.　　.	
		S･H･R　　.　　.	
		S･H･R　　.　　.	

下記の事由による被保険者証または資格確認書（有効期限内のもの）の返却に際し、
紛失に気づきましたので紛失届を提出いたします。（該当に〇印をつけてください）

被保険者資格の喪失	被扶養者の取消	その他（　　）

なお、紛失した被保険者証、資格確認書による不正受診等が発生した場合には、
貴組合の指示に従い責任をもって対処いたします。

令和　　年　　月　　日 提出

武田薬品健康保険組合

注：１．武田薬品および任意継続の方は健康保険組合へ提出してください。
　　２．武田薬品以外の事業所の方は会社の健保事務担当者へ提出してください。

健保処理欄	証紛失入力	