

資格喪失時の健康保険被保険者証滅失(紛失)届

この帳票は、健康保険の資格を喪失する際、保険証を紛失して返却できない時にご提出ください。

資格情報の記号と番号		電話番号		
1	-	12345	〇〇〇-△△△△-××××	
日中に連絡を取れる番号を記入してください。				
被保険者氏名	健保 太郎			
返却できない対象者	氏名	健保 太郎	氏名	健保 花子
	氏名	健保 一郎	氏名	
	氏名		氏名	
返却できない理由 (1~3選択)	【紛失や盗難の場合、警察への届出をお勧めします】			
	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他	(状況等を詳細に記入してください) 自宅に保管していたが、探しても見つかりませんでした。		
紛失、盗難に伴い貴組合に損害を与えた場合は責任を負います。 発見した場合は直ちに返納いたします。				

事業主証明	上記の申請について相違ないことを証明します。		
	令和 年 月 日	事業所所在地	事業所名称
		事業所名称	事業主名称

《提出先》

①トヨタ車体・トヨタ車体研究所の方・・・ LSCオフィスサポート事業室 →トヨタ車体健康保険組合

②その他の事業所の方・・・ 所属事業所担当部署（人事・総務など） →トヨタ車体健康保険組合

③任意継続の方・・・ トヨタ車体健康保険組合