担当事務長常務理事

健康保険 被保険者証 滅失届											
	被保険者証   記号番号					被保険者氏名					
	事業所名称						事業所所在地				
	資格取得年月日	昭和・平成・	令和	年	月	日	資格喪失年月日 (資格喪失者のみ記載)	令和	年	月	日
滅失に関する事項	滅失した者の氏名	被保険者 との続柄	滅失年月日				滅 失 理 由 (詳細に記入すること)				
			令和	年	月	日					
			令和	年	月	日					
			令和	年	月	日					
			令和	年	月	日					

令和 年 月 日

スズキ健康保険組合理事長 殿

事業主

住 所

事業所名

## 【以下、資格喪失者のみ記載】

上記相違なく、もし資格喪失後被保険者証を自身、若しくは家族が不正使用した場合は一切の医療費を自費負担し、刑法により処罰されることを 承知の上、ここに違法行為のないことを誓約します。また、被保険者証を発見した場合は、直ちに返納します。

被保険者

氏 名