

担 当	事務長	常務理事
-----	-----	------

健康保険資格喪失者被保険者証滅失届

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	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
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			滅失理由（詳細に記入すること）

令和 年 月 日

スズキ健康保険組合理事長 殿

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。

住 所
被 保 険 者 氏 名

今後、資格喪失に際しては、今まで以上に被保険者証の回収に十分注意します。

住 所
事業主であった者 事業所名

※記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。