

担 当	課 長	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	—	被保険者であった者 の氏名及び生年月日	昭和 平成 年 月 日生
事 業 所 名 称		事 業 所 所 在 地	
資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	平成 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）
			平成 年 月 日	
			平成 年 月 日	
			平成 年 月 日	
			平成 年 月 日	

平成 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 ㊟