

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日

前回交付 年月日	年 月 日		常務理事	事 務 長	担 当 者
旧保険証添付	無				
申請理由	滅 失	資格取得	年 月 日		

被保険者証滅失届

年 月 日

四電工健康保険組合理事長 殿

被保険者
住所(住民票)

氏名

下記のとおり被保険者証 滅 失 により届出します。

被保険者証	記号	番号	所 属	
滅失した方 の氏名				
届出の事由				
誓 約	紛失した被保険者証（ 年 月 日交付）を発見した時は、ただちに返還するとともに、今後これに伴って発生する貴組合の損害について一切の責任を持つことを誓約します。			
上記の届出のとおり相違ありません。 事業主				