

事業所担当者 確認印	提出先 ■ 在職者：勤務先の健保業務担当部門 ■ 任継/特退者：健康保険組合 〒250-0001 神奈川県小田原市扇町 2-12-1 富士フイルムグループ健康保険組合 任継・特退担当宛	健康保険組合		
		GL	担当者	担当者

↑ 任継・特退の加入者は
押印不要

『健康保険被保険者証』滅失・毀損届

【医療機関等の受診について】

2024 年 12 月 2 日以降、新規の健康保険証は交付できません。健康保険証の滅失・毀損後は、医療機関の受診はマイナ保険証を使用してください。マイナ保険証をお持ちでない方には、保険証の代わりに「資格確認書」を健保より自動的に交付します。

下記のとおり『健康保険被保険者証』を滅失・毀損したため届出をします。

被 保 険 者 等		申 請 日	令和 年 月 日
記 号	番 号		
		被保険者氏名	

滅失・毀損した方

氏 名	続 柄	生 年 月 日	申請理由
	1. 本 人 2. 被扶養者(続柄：)	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 滅 失 2. 毀 損
	1. 本 人 2. 被扶養者(続柄：)	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 滅 失 2. 毀 損
	1. 本 人 2. 被扶養者(続柄：)	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 滅 失 2. 毀 損

滅失・毀損の理由 (詳細に記入のこと)	
------------------------	--

記入上の注意事項	1. 楷書でわかりやすく記入してください 2. 年号・申請理由は、該当に○を付けてください 3. ペン又はボールペンで記入してください(鉛筆書きは不可です)
----------	--