

始末書
(健康保険被保険者証滅失)

提出日 令和 年 月 日

記号		番号		被保険者氏名	印
勤務先事業所名					

私は、貴組合より交付された健康保険被保険者証(対象者:)を
年 月 日頃滅失いたしました。今後はこのようなことのないよう、取扱いには十分
注意し、紛失した健康保険被保険者証が見つかった場合は、直ちに返納いたします。
なお、今後第三者に使用されるなどの事故がおこり、貴組合より請求があった場合はお支払い
いたします。

以上

健保受付印	健保確認印