

提出先	HR Planning部→健保組合
添付書類等	<input type="checkbox"/> 滅失の場合 警察届出の受理番号 <input type="checkbox"/> き損の場合 保険証

		受付担当

健保組合使用欄

前回交付年月日	年 月 日
旧保険証添付	有 ・ 無

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

健康保険被保険者証滅失届

下記のとおり被保険者証の滅失・き損したことを届出いたします。

被 保 険 者	記号・番号								氏 名	
	5	9			-					(フリガナ)
	〒								所属部署	
住 所										

届 出 対 象 者	氏名		性別	続柄	生年月日	
	(フリガナ)		男		昭和	年 月 日
			女		平成	年 月 日
					令和	
	届出の理由		滅失・き損			
		※必ずご記入ください。特に滅失の場合はできるだけ詳しくご記入ください。				
警察届出内容 (滅失の場合のみ)		届出日時	令和 年 月 日 (時 分頃)			
		警察署名			受理 番号	

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受付印日付