

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)	
住 所	〒						所属部署		

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	年 月 日	
	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