

資格喪失時の健康保険被保険者証滅失(紛失)届

この帳票は、健康保険の資格を喪失する際、保険証を紛失して返却できない時にご提出ください。

被保険者証の記号と番号		電話番号	
-			
被保険者 氏名			
返却できない 対象者	氏名		氏名
	氏名		氏名
	氏名		氏名
返却できない理由 (1~3選択)	【紛失や盗難の場合、警察への届出をお勧めします】		
	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他	(状況等を詳細に記入してください)	
紛失、盗難に伴い貴組合に損害を与えた場合は責任を負います。 発見した場合は直ちに返納いたします。			

事業主 証明	上記の申請について相違ないことを証明します。		
	令和	年	月
	日	事業所所在地	事業所名称
			事業主名称

《提出先》

- ①トヨタ車体・トヨタ車体研究所の方・・・ **LSCオフィスサポート事業室** →トヨタ車体健康保険組合
- ②その他の事業所の方・・・ **所属事業所担当部署（人事・総務など）** →トヨタ車体健康保険組合
- ③任意継続の方・・・ **トヨタ車体健康保険組合**

2023.7月改定