

常務理事	事務長	課長	係長	係

新潟県農業団体健康保険組合 御中

健康保険被保険者証滅失届

令和 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	記号		番号			
被保険者の 氏名		被保険者の 生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	年 月 日	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
被保険者 住居	〒					
現在勤務 している 事業所	名称					
	所在地					
	資格取得 年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年 月 日			
	資格喪失で被保険者証を 紛失の場合は右の喪失年 月日を記入してください。		資格喪失年月日	年 月 日		
	(家族氏名)					
	被保険者本人証分・被扶養者分 (家族氏名)					
	(家族氏名)					
滅失の日時、及び事情をくわしく記入してください。						
月 日						

以上のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受付印