常務理事	事務長	課　長	課長補佐	係　員

健康保険被保険者証　滅失／き損　届出書

年　　月　　日

（宛先）

東京地下鉄健康保険組合

所　　属		被保険者等 記号－番号	—		
被保険者氏名		生年月日	年　　月　　日	性別	男 女
資格取得 年 月 日	年　　月　　日	被保険者住所			

		氏　　名	生年月日	性別	続柄	原因
届出の対象となる者	被保険者		上記に同じ	女	本人	滅失 き損
	被扶養者		年　月　日	男・女		滅失 き損
			年　月　日	男・女		滅失 き損
			年　月　日	男・女		滅失 き損
			年　月　日	男・女		滅失 き損

届出理由	
滅失の場合	年　　月　　日、届出　　警察署（受理番号：　　）
事業主又は所属長の証明	上記のとおり被保険者から被保険者証の滅失・き損の届出がありましたので提出いたします。 年　　月　　日 事業主 所属長　氏名

★滅失した被保険者証が見つかったときは、当健保組合へ連絡のうえすみやかに返納してください。