

常務理事	事務長	担当者

令和 年 月 日

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

健康保険被保険者証 遺失(紛失) 届出書
き 損

記号・番号	491 ー		所 属	
被保険者氏名		生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
被保険者住所	〒 ー TEL ー ー			
対象者	氏 名		生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	被保険者との続柄			
遺失(紛失) 届出書 き損に至った 経緯等 (具体的に記入く ださい)				
	届出警察署 () ・ 警察受理番号 ()			

※ 太枠のみご記入ください。

<p>上記のとおり被保険者から遺失(紛失)届出書を受領しましたので、 届出いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>事業主</p> <p>氏 名</p>	
	※ 健康保険組合 受付欄

誓 約 書

別添のとおり、「健康保険被保険者証 遺失(紛失)き損届出書」を提出いたします。
万が一、
名義の健康保険被保険者証が、医療機関等において
第三者により不正に使用された場合は、すべて私の責任において弁償解決することを
誓約いたします。

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

令和 年 月 日

所 属

被保険者