

和歌山県農協健康保険組合 御中

常務理事	事務長	課 長	係

健康保険被保険者証 滅失・き損届

被保険者証	記号		被 保 険 者 名 氏		
	番号				
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日			
※ 該当者	被保険者 本 人	被扶養者氏名	被扶養者氏名	被扶養者氏名	
		被扶養者氏名	被扶養者氏名	被扶養者氏名	
被保険者証を 滅失又はき損 した事由 (詳しく)	(日時)	年 月 日	AM/PM	時	分頃
	(場所)				
	(理由)				
(滅失又はき損の場合)					
始 末 書					
なお今後被保険者証の保管に付き充分注意すると共に旧被保険者証発見の節は直ちに返納します。					
令和 年 月 日					
被保険者の 住所 氏名		⑩			

※該当者が被保険者の場合は本人に○をつけてください。
※該当者が扶養家族の場合には氏名をご記入ください。

2019.5.1～
受付日付印