

常務理事	事務長	調査	G L	担当	

## 被 保 険 者 証 等 滅 失 届

三菱マテリアル健康保険組合

被保険者証の 記号と番号	記号 (左詰め)			番号 (右詰め)							
被保険者氏名							生年月日	S・H	年	月	日
滅失した者の 氏 名				続柄			滅失した証	被保険者証・高齢受給者証・ <small>限度額適用認定証</small> その他 ( )			
滅失年月日	平成 年 月 日										
被保険者の勤務する (して いた) 事業所	名称										
	所在地										
被保険者証を 滅失したときの 状況 (詳しく)							届出年月日	年	月	日	
	紛失・盗難時の 警察への届出の有無			有・無				( 署、受付番号 )			
平成 年 月 日 提出											
<p>上記届書に記載したとおり、 _____ 証を滅失いたしました、          今後は充分取扱いに注意いたします。</p> <p>なお、この _____ 証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者の</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>											

※個人情報の取り扱いについて

この届書に記載されている個人情報は、この手続き等に関する業務に利用します。  
 この書類の提出は、事業主を経由して届け出ることにご同意されたものとして処理します。

受付日付印