

資格喪失時の健康保険被保険者証滅失(紛失)届

この帳票は、健康保険の資格を喪失する際、保険証や資格確認書を紛失して返却できない時にご提出ください。

資格情報の記号と番号		電話番号	
-			
被保険者氏名			
返却できない対象者	氏名		氏名
	氏名		氏名
	氏名		氏名
返却できない理由 (1~3選択)	【紛失や盗難の場合、警察への届出をお勧めします】 <input type="checkbox"/> 紛失 (状況等を詳細に記入してください) <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他		
紛失、盗難に伴い貴組合に損害を与えた場合は責任を負います。 発見した場合は直ちに返納いたします。			

事業主証明	上記の申請について相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日
	事業所所在地 事業所名称 事業主名称

《提出先》

- ①トヨタ車体・トヨタ車体研究所の方・・・ LSCオフィスサポート事業室 →トヨタ車体健康保険組合
②その他の事業所の方・・・ 所属事業所担当部署(人事・総務など) →トヨタ車体健康保険組合
③任意継続の方・・・ トヨタ車体健康保険組合