

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

前回交付 年月日	平成・令和 年 月 日
被扶養者の 有無	有( 人)・無
申請理由	滅失

決議			
常務理事	事務長		担当
資格取得	昭・平・令 年 月 日		
資格喪失	昭・平・令 年 月 日		

## 被保険者証滅失届

令和 年 月 日

カヤバ健康保険組合理事長殿

〒  
被保険者 住所  
氏名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日資格喪失しましたが  
下記の通り、被保険者証を滅失し返納できませんので  
お届けいたします。  
尚、この被保険者証を発見したときは、ただちに  
返納いたします。

被保険者証の 記号・番号	(記号) (番号) —	事業所の 名称	
滅失者の 氏名		区分	いずれかに○印を付してください 1. 被保険者 2. 被扶養者
滅失したと きの状況			

【注意事項】 この届書は、被保険者資格喪失届及び被扶養者異動届（扶養削除）に被保険者証を添付して返納することができない場合に、提出するものです。 (2023.10)