常務理事	事務長	担当者

生長会健康保険組合

任意継続被保険者　健康保険被保険者証 資格確認書 高齢受給者証　紛失届

被保険者欄	被保険者等記号・番号	記号	番号		
	被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月	日
	被保険者の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		
	性別	男・女			
	被保険者の住所	〒　— 都道府県	電話　(　　)		

本人確認欄（本人確認のため □にチェック願います）　□ 申請者本人（被保険者）が作成したものである。

		氏	名	生年月日				性別	※紛失した証書を〇で囲む	被保険者証等を返却できない理由
紛失した被保険者証等の対象者	被保険者	(氏)	(名)	昭和・平成	年	月	日	男・女	被保険者証 資格確認書 高齢受給者証	
	被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	被保険者証 資格確認書 高齢受給者証	
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	被保険者証 資格確認書 高齢受給者証	
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	被保険者証 資格確認書 高齢受給者証	
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	被保険者証 資格確認書 高齢受給者証	
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	被保険者証 資格確認書 高齢受給者証	

※該当する証書を〇で囲んでください。

被保険者証・資格確認書・高齢受給者証の紛失により返却できないため、上記のとおり届出いたします。

なお、紛失した健康保険証・資格確認書・高齢受給者証を発見したときは、直ちに返却いたします。

令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名

受付日付印

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）