

滅失届

三重県農協健康保険組合 理事長 様

記号_____番号_____

1. 私は貴組合発行の健康保険被保険者証を滅失いたしました。
2. 私の被扶養者 _____は貴組合発行の健康保険被保険者証を滅失いたしました。

万一滅失した健康保険被保険者証により無資格者が受診した場合の診療費その他このことによって生ずる一切の損害は、貴組合に迷惑をかけることは勿論、責任をもって賠償に応ずることを誓約します。

年 月 日

住所
被保険者
氏名

印

事業所 名称
事業主 氏名

印