健康保険　**任意継続被保険者証　滅失届**　（資格喪失のため再発行不要）

▼太枠内と届出日（右下）をご記入ください。

被保険者情報			
	記号　番号		生年月日
被保険者証の	9 0 0 0 －		□ 昭和 □ 平成　年　月　日
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　－　）	都 道 府 県	
電話番号 （日中の連絡先）	（　）		

対象となる者	チェック欄	保険証を滅失した方の氏名	生年月日	性別	高齢受給者証
	□本人	被保険者（本人）分			□有　□無
	□被扶養者		□昭和 □平成　年　月　日 □令和	□男 □女	□有　□無
滅失した時の状況	※いつ・どこで・どのような状況で等、詳しくご記入ください。				

令和　年　月　日

《被保険者証発見の際の返納誓約》

このたび上記のとおり被保険者証を滅失致しましたが、この被保険者証を発見した際はただちにリゾートトラスト健康保険組合へ返納致します。

被保険者氏名

令和　年　月　日

※この届は、資格喪失する被保険者もしくは被扶養者が被保険者証を滅失したため、返納できない場合に提出するものです。被保険者証を滅失した方お一人につき一枚ご提出ください。

常務理事	事務長			

受付日付印

リゾートトラスト健康保険組合