

健康保険 任意継続  
被保険者証滅失届

三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合 御中

				理事長	常務理事	事務長	担当者
記号	99	番号		氏名			
資格取得年月日	平・令 年 月 日			生年月日	昭・平・令 年 月 日		
提出時の状況		毀損・紛失					
		※右記に該当する場合はこちらにも○ 喪失時・更新時					
(理由を詳しく記入してください。)(警察に届出した日:令 年 月 日)							
(再交付を要しない状況に応じて番号に○をしてください。)							
1. 上記のとおり被保険者証を毀損しましたが再交付は不要です。 尚、毀損した被保険者証を添付致します。							
2. 上記のとおり被保険者証を紛失致しましたが再交付は不要です。 尚、紛失した被保険者証を発見したときは、直ちに返納致します。							
令和 年 月 日提出							
被保険者 住所 氏名							

受付日付印