伺年月日			
常務理事	事務長	業務課長	係

健康保険被保険者証滅失始末書

被保険者証記号番号		・			
被保険者	氏　　名		事業所	名　　称	
	生年月日	年　　月　　日		所在地	
対象者	氏　　名		続　　柄		
	生年月日	年　　月　　日	資格取得年月日		年　　月　　日
滅失　又は、き損の理由（具体的に）					

誓　　約　　書

健康保険被保険者証については、今後絶対に紛失しないよう注意すると共に万一紛失被保険者証により、受診資格なきものが受診したる場合の診療費その他これにおける損害全部は責任をもって賠償に応ずることを誓約します。

年　　月　　日

三重県自動車販売健康保険組合理事長　殿

〒

住　　所

被保険者氏名　　㊞

受付日付印