

■提出先：MMC本社 HRサービス課 社会保険担当宛

村田製作所健康保険組合(MKK)			
常務理事	事務長	確認	受付

■この届は、健康保険の資格を喪失する時(被保険者の退職時や被扶養者が扶養を外れる時等)に、保険証がなくなって返却できない場合に提出して下さい。

健康保険被保険者証 滅失(回収不能)届

村田製作所健康保険組合理事長 殿

健康保険証 記号一番号	—	事業所名	
被保険者の氏名		氏名コード	
現住所	〒 —		
電話番号 (日中の連絡先)		職場・携帯・自宅	←該当に○をお願いします (平日9:00-17:00に連絡がつくこと)
返却できない 対象者	氏名	続柄	生年月日
			1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
			1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
			1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
返却できない理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 【詳細を記入して下さい】		
	<p>上記に記載した通り、保険証を滅失したことに相違ありません。 紛失、盗難された被保険者証が不正に使用され、貴組合に損害を与えた場合は一切の責任を負います。 発見した場合は直ちに返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者署名・捺印 (印)</p> <p style="text-align: right;">※自署の場合、捺印不要</p>		

上記の者について、被保険者証が回収不能であるため届出します。
なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

事業主欄	事業所所在地	(印)	人事担当者確認印
	事業所名称		
	事業主氏名		

受付日付印