

■提出先：MMC本社 HRサービス課 社会保険担当宛

■この届は、健康保険の資格を喪失する時(被保険者の退職時または扶養者が扶養を外れる時等に)、保険証がなくなつてしまった場合は、不明の場合は、未記入で可として下さい。

村田製作所健康保険組合(MKK)			
常務理事	事務長	確認	受付

不明の場合は、未記入で可

会社名、事業所名を記入して下さい

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	1 - 10001	事業所名	(株)村田製作所 野洲事業所		
被保険者の氏名	村田 太郎	氏名コード	MM00001		
現住所	〒 000 - 0000 滋賀県野洲市本町1-1-1				
電話番号 (日中の連絡先)	090-0000-0000	職場	<input checked="" type="radio"/> 携帯	<input type="radio"/> 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		
	村田 太郎	本人	<input checked="" type="radio"/> 1.昭和 <input type="radio"/> 2.平成 <input type="radio"/> 3.令和	57 年	9 月 9 日
	村田 花子	長女	<input checked="" type="radio"/> 1.昭和 <input type="radio"/> 2.平成 <input type="radio"/> 3.令和	19 年	9 月 9 日
			<input type="radio"/> 1.昭和 <input type="radio"/> 2.平成 <input type="radio"/> 3.令和	年	月 日
返却できない理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難				
	【詳細を記入して下さい】 保管していたが、探しても見つからない				
<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 1年 6月 4日</p> <p style="text-align: right;">被保険者署名・捺印 村田 太郎 </p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※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