

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

資格取得		年	月	日
前回交付年月		年	月	日

被保険者証 本人家族 滅失届

令和 年 月 日

東亜道路健康保険組合理事長 殿

住所
被保険者 氏名

印

下記のとおり被保険者証滅失によりお届けします。

なお、この証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者証の		紛失届の対象となる者	続柄	
記号と番号	第 号			
事業所の 名称				
届出の事由				

上記の届出のとおり相違ありません

令和 年 月 日

事業主

印