資格喪失のための被保険者証滅失届

被保険者証の記号及び番号	―	資格喪失年月日	平成　　年　　月　　日
最後に療養の給付を受けたる保険医の住所氏名			
滅 失 理 由			

上記のとおりお届けいたします。

平成　　年　　月　　日

被保険者住所

氏　名　印　　印

事業主 住 所

氏　名　印　　印

NTPグループ健康保険組合 殿

誓　　約　　書

今般健康保険被保険者資格喪失につきまして被保険者証を返納すべきところ（紛失理由）により返納出来ず誠に申し訳ありません。

つきましては今後発見次第直ちに返納致しますと共に紛失被保険者証の不正使用などが生じました節にはその損害の一切を私が補償することをここに誓約いたします。

平成　　年　　月　　日

〒　　－

被保険者 住所

氏名　　印

TEL　　－　　－

上 記 保 証 し ま す。

平成　　年　　月　　日

事 業 主 住所

氏名　　印

NTPグループ健康保険組合 殿