

決 裁	令和 年 月 日			
	理事長	担当理事	事務局長	担当者

被保険者証紛失（返還不能）届				
被保険者証記号		79-		番号
氏名		続柄	性別	生年月日
組 合 員	本人		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
家			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
族			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
事業所名称			事業所コード	
			※	
事業所所在地	〒 TEL ()			
返還することができない理由				
1. 紛失 2. 回収不能 3. その他()				
上記のとおり申請いたします。				
令和 年 月 日				
〒 TEL ()				
届出者の住所				
.....				
届出者の氏名				
..... 印				
東京美容国民健康保険組合 理事長殿				

※欄は記入しないでください。
外出先で紛失した場合は警察に届け出てください。