

健康保険 被保険者証・高齢受給者証・資格確認書 滅失届 【任意継続用】
(いずれかに〇して下さい)

◆提出先：オリックスグループ健康保険組合
〒105-5135 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル南館

※記号・番号は、マイナポータル、資格情報のお知らせのいずれかでご確認ください。

被 保 険 者	被保険者等の記号・番号		本籍会社名
	-		
	氏名		

申 請 対 象 者	氏名	続柄	生年月日（和暦で記入）	性別	紛失したもの
			年 月 日		保険証・高齢受給者証・資格確認書
			年 月 日		保険証・高齢受給者証・資格確認書
			年 月 日		保険証・高齢受給者証・資格確認書
	理由				
	警察への届出月日	警察名	保険証・資格確認書の効力を無効にすることはできません。盗難・遺失の場合は警察に届出をお願いします。保険証を悪用されて損害を受けても健康保険組合は損害を補償できません。		
	年 月 日				

事 業 主 欄	所在地
	名称
	氏名

健康保険組合欄 * 受付印

常務理事	事務長		担当者