

Example

Please refer to the separate sheet for information about filling out this form.

健康保険被保険者証滅失届

保険証番号は
社員番号と同じ

(注意事項) この届書は、次の場合に提出してください。
イ、健康保険被保険者証を滅失したため再交付を受ける場合。
ロ、「被保険者資格喪失届」に滅失したため、健康保険被保険者証を添付できない場合。
ハ、健康保険被保険者証の更新の際に滅失したため健康保険被保険者証を提出又は返納できない人が、再交付を受ける場合。

① 被保険者証の記号及び番号	記号 ① 1234	番号 ② 12345678		
② 被保険者氏名	③ 山口太郎		③ 生年月日	昭和 ④ 50 年 6 月 1 日生 平成
④ 被保険者証を滅失した者の氏名・生年月日等	氏名	続柄	生年月日	備考
	⑤ 山口太郎	⑥ 本人	昭・平・令 ④ 年 月 日	
	山口花子	妻	昭・平・令 年 月 日	
	滅失した対象者のみ記入		昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
⑤ 被保険者の資格を取得した日	平成・令和 ⑦ 23 年 4 月 1 日		不明の場合は未記入	
⑥ 被保険者が勤務する(していた)事業所名・所在地	(イ) 名称	⑧ 株式会社ユニクロ		
	(ロ) 所在地	⑨ 山口県山口市佐山10717番地1		
⑦ 被保険者証を滅失した日	平成 令和 ⑩ 3 年 3 月 30 日	滅失した場所	⑪ 自宅 / 駐車場 ...等記載	
⑧ 被保険者証を滅失した理由(詳しく)	・退職時、不要だと思いシュレッダーにかけてしまい返却することが出来なくなりました。 ・車上荒らしに遭い財布ごと盗難された。警察には届出済み。 ⑫ ...等、詳しく記入			

上の届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証が、資格喪失後の受診で貴健保に受診機関より請求があった場合は、

必ず、提出日・住所・氏名・電話番号を記入してください。

提出日 ⑬ 令和 3 年 4 月 1 日

〒 754-0894

住所 ⑭ 山口県山口市佐山 ○○ - ○

被保険者氏名 ⑮ 山口太郎

電話番号 ⑯ 090-****-****

受付日付印

事業主の証明	上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失したことに相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号 ()

社労士
記載欄

氏名等

- ① Health Insurance Card Symbol
- ② Health Insurance Card Number
* Same as the Employee Number.
- ③ Name of Insured Person
- ④ Birth Date
- ⑤ Name
* Enter only the name of the person who lost the card
- ⑥ Relationship
- ⑦ Insurance Status Acquisition Date
* Do not enter if unknown
- ⑧ Business Entity Name
- ⑨ Business Entity Address
- ⑩ Date of Health Insurance Card Loss
- ⑪ Place Health Insurance Card was lost
- ⑫ Reason for Loss of Health Insurance Card (in detail)
- ⑬ Date of Submission
- ⑭ Address (with Zip Code)
- ⑮ Name of Insured Person
- ⑯ Telephone Number