

常務理事	事務長	担 当	係

健康保険被保険者証滅失届

(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、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		番号	
②	被保険者氏名				③ 生 年 月 日 昭和 年 月 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
				昭・平・令 年 月 日	
				昭・平・令 年 月 日	
				昭・平・令 年 月 日	
				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 年 月 日			
⑥	被保険者が勤務する(していた)事業所名・所在地	(イ)名 称			
		(ロ)所在地			
⑦	被保険者証を滅失した日	平成 令和 年 月 日	滅失した場所		
⑧	被保険者証を滅失した理由(詳しく)				

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、この被保険者証を発見したときは直ちに返納します。
万一、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、その請求額を返納いたします。

提出日 令和 年 月 日

〒

住 所

被保険者氏名 電話番号

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
------------	-----