

常務理事			係

健康保険被保険者証滅失届

被保険者証 の記号番号	記号		フリガナ		生 年 月 日	
	番号		被保険者 氏名		昭 平 令 年 月 日	
所属 事業所名				資格取得 年月日	昭 平 令 年 月 日	
被保険者 の住所	〒 - 都道 府県				TEL ()	
滅失 した 被保険者証 (該当にレ)	<input type="checkbox"/> 被 保 人 險	氏 名	生 年 月 日	続 柄		
		上 記 に 同 じ		本 人		
	<input type="checkbox"/> 被 扶 養 者		昭・平・令	年 月 日		
			昭・平・令	年 月 日		
			昭・平・令	年 月 日		
		昭・平・令	年 月 日			
滅失した年月日と場所(わかる範囲で)						
令和 年 月 日 場 所 :						
滅失に至った状況(できるだけ詳しく)						
被保険者証を滅失しましたが、今後は十分取り扱いに注意します。 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返却いたします。						

確認 <input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している				
事業所所在地	〒 -				
事業所名称					
事業主の氏名					
電話番号					

受付日付印

- 注意
- 1 この届出は、健康保険の被保険者証を滅失したため、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返却することができない場合、または被保険者証の更新の際に被保険者証を返却することのできない場合、または再交付申請書の添付書類として提出するものです。
 - 2 「性別」「生年月日」の元号は、該当する文字を○印で囲んでください。