

※この届出は資格を喪失する方が保険証を滅失した場合に使用するものです。
再交付を希望する方は健康保険被保険者証再交付申請書をご使用ください。

健康保険被保険者証滅失届

常務理事	事務長	係	担当

① 被保険者証の記号番号		② 被保険者の氏名		③ 被保険者の生年月日				④住所			
		(氏)(名)		昭和 平成 令和	年	月	日				
⑤ 被保険者証を 滅失して返却 できない者 (該当者のみ記入)	被保険者欄	(氏)	(名)	続柄	本人	※被保険者の保険証を返却できる場合には被保険者欄の記入は必要ありません。					
	被扶養者欄	(氏)	(名)	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
		(氏)	(名)	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
		(氏)	(名)	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
⑥ 滅失年月日		⑦ 警察その他への届出の有無		⑧ 届出しなかった理由							
令和 年 月 日		届出した ・ 届出しない									
⑨ 滅失の理由 (単に「滅失した」は理由になりません。詳細を記入して下さい。) 『誰が、いつ、どこで、どのようにして……』						⑩ 被保険者証明欄					
						滅失した被保険者証が万一不正に使用された場合は責任を持って弁償致します。 また、被保険者証発見の際は直ちに返納致します。 令和 年 月 日 被保険者署名					

受付日付印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	番

事業所担当者印