

〈記入例〉

常務理事	事務長			

健康保険被保険者証 滅失届

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日	
2 1 4 8 2 0 1 0 0 0 0		共同 太郎	昭和 平成 年 月 日 令和	
被保険者の現住所		資格取得(入社)年月日		
〒		昭和 平成 年 月 日 令和		
日中連絡のとれる電話番号	TEL	— — (内線)		
被保険者の勤務する(していた)事業所の	会社名と所属部署	一般社団法人 共同通信社 ●●部		
	所在地	〒 105-7201 東京都港区東新橋1-7-1		
滅失の対象となる方	氏名	生年月日	性別	続柄
	共同 花子	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女	妻
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女	
被保険者証を滅失した年月日	令和 年 月 日	被保険者証を滅失した場所		
被保険者証を滅失した事由(詳しく)	財布を落とし、健康保険証も紛失した。			
警察署への届出	警察署	受理番号		
被保険者証発見の際の返納誓約	うえの届出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、ただちに返納いたします。 被保険者氏名 _____			
確認欄	右記を確認後、チェックをつけてください <input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしている。 ①申請者本人(被保険者)が作成した。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認した。		

事業所担当者印

事業主の証明	被保険者 _____ が健康保険の被保険者証を滅失したこと、および被保険者の資格を取得した後の受診状況が、届出のとおり相違ないことを証明いたします。
	住所 〒 _____ 令和 年 月 日
	氏名 _____ 印
	電話 _____

健康保険組合記入欄	
処理済	年 月 日
受付日付印	