

常務理事	事務長	事務次長	担当	被扶養者 台帳照合印

健康保険被保険者証 滅失届

※1

この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため、再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合又は、被保険者証の更新ないしは検認の際に被保険者証を提出又は返納することができない者が有効被保険者証の再交付を受けるため提出するものです。

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日
			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
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		
	所在地	〒	

滅失の対象となる方	氏名	生年月日	性別	続柄	届出の種類
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		滅失・更新
		昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		滅失・更新
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)					
警察署への届出 *写がない場合記入	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。
	令和 年 月 日
	住所 〒 _____
	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	

事業所担当者印

被保険者証の再交付をご希望の場合は再交付手数料(1,000円/1枚)が必要となります。