

\*保険証をなくした時

健 保 使 用 欄	被保険者証の返還があ った場合はその年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当者
	資格喪失者であるとき はその年月日	平成・令和 年 月 日				
	届書の 種 類	喪失・再交・更新・検認		滅失事由 の種 類	盗難・遺失・焼失・紛失	

※被保険者は太枠内をすべて記入し、事業所に提出してください。被保険者の捺印は不要です。

※在職中で新しい保険証が必要な場合は「健康保険被保険者証再交付申請書」も必要です。

被保険者証の記号と番号	—		健康保険 被保険者証滅失届 <small>めっしつとどけ</small>			
被 保 険 者 の 氏 名		被保険者の 生年月日	昭・平 年 月 日			
被 保 険 者 の 現 住 所	〒 —					
被保険者の資格を取得した日	昭・平・令 年 月 日	健康保険被扶 養者の有無	有・無			
被保険者の勤務している (していた)事業所	名 称					
	所在地					
被保険者証を滅失した年月日	平・令 年 月 日	被保険者証を 滅失した場所				
滅失該当者 被保険者証を滅失した事由 (詳しく記入してください)	滅失該当者→ 事由→					

(被保険者証発見の際の返納誓約)

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、ただちに返納いたします。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

事 業 主 の 証 明	被保険者 が健康保険の被保険者証を滅 失したことを証明します。	令和 年 月 日
	所在地	
	名 称	
	事業主氏名 電話番号	印

健保使用経過欄	
受付年月日	
台帳登載年月日	
決定年月日	