

* 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・捺印し、事業所に提出してください。

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>			
被保険者の氏名と印	印	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 _____ 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	