



* 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	〇〇 - 〇〇〇〇		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	健保 太郎		被保険者の生年月日	昭・ <u>平</u>	1 年 1 月 1 日	
被保険者の現住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区 1 - 1 - 1					
被保険者の資格を取得した日	昭・ <u>平</u> ・令	〇 年 〇 月 〇 日	健康保険被扶養者の有無	<u>有</u> ・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・ <u>令</u>	〇 年 〇 月 〇 日	被保険者証を滅失した場所	自宅		
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 健保 花子(妻) 事由 病院から帰り、薬局のくすりの袋からくすりを出して、そのまま捨ててしまった。袋の中に保険証が入っていたようだ。					

(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	健保 太郎 
印	

事業主の証明	被保険者 健保 太郎 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 〇 年 〇 月 〇 日	
	所在地	〇〇〇〇	〇〇
	名称	株式会社〇〇〇〇	
	事業主氏名	〇〇〇	〇〇〇
	電話番号	〇〇-〇〇〇〇	- 〇〇〇〇
	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	