

※ 経 過	届書の種類	喪失・再交付・更新・検認	常務理事	事務長	係長		担当者
	滅失の事由	盗難・遺失・焼失・紛失					
	被保険者 資格取得日	昭・平・令 年 月 日					
	被保険者 資格喪失日	昭・平・令 年 月 日	備考				

健康保険 被保険者証 滅失届

◎太枠内を全て記入してください。

① 被保険者証 の記号と番号	記号	番号	②事業所名	
③ 被保険者の 氏名・印	印		④ 被保険者の 生年月日	昭・平 年 月 日生
⑤ 被保険者の 現住所				
⑥ 被保険者証 を滅失した者 の氏名・続柄 ・生年月日 及び 被保険者証 を滅失した日	氏 名	続柄	生 年 月 日	被保険者証を滅失した日
	(氏) (名)		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日頃
	(氏) (名)		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日頃
	(氏) (名)		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日頃
	(氏) (名)		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日頃

⑦ 被保険者証を 滅失した場所	◎複数滅失した場合は全てについて記入
--------------------	--------------------

⑧ 被保険者証を 滅失した理由 (◎詳しく)	◎複数滅失した場合は全てについて記入 (警察届出:令和 年 月 日)
------------------------------	---

⑨	<p>【被保険者証発見の際の返納誓約】</p> <p>うえの届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、今後は十分取扱いに注意いたします。 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 印</p>
---	--

事業主の証明	<p style="text-align: center;">上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失したことに相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 印</p> <p>電 話 局 () 番</p>	◎証明年月日必須
--------	--	----------

※ 受付日付印

1 この届書は、健康保険の被保険者証を滅失した場合、被保険者の氏名・印、被保険者の生年月日、被保険者の現住所、被保険者証を滅失した者の氏名・続柄・生年月日及び被保険者証を滅失した日、被保険者証を滅失した場所、被保険者証を滅失した理由(◎詳しく)を記入してください。

2 被保険者証を滅失した場合は、被保険者証を滅失した日、被保険者証を滅失した理由(◎詳しく)を記入してください。

3 被保険者証を滅失した場合は、被保険者証を滅失した日、被保険者証を滅失した理由(◎詳しく)を記入してください。

4 被保険者証を滅失した場合は、被保険者証を滅失した日、被保険者証を滅失した理由(◎詳しく)を記入してください。

5 被保険者証を滅失した場合は、被保険者証を滅失した日、被保険者証を滅失した理由(◎詳しく)を記入してください。