

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証（本人・家族）滅失届

健康保険被保険者証の 記号		被保険者の氏名		生年月日			性別	資格取得日				
番号		(氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女	昭和 平成 令和	年	月	日
被保険者の勤務する(していた)事業所				被保険者の現住所				被保険者証を滅失した年月日				
名称	〒 -							令和 年 月 日				
所在地	〒 -											
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）								

被保険者の方は氏名欄・続柄欄(本人と記入)・喪失日欄(喪失している場合のみ記入)の3箇所、被扶養者の方は全ての欄に、ご記入ください。

該当者名(滅失された方)	生年月日	性別	続柄	住所	資格を喪失したものであるときは喪失日を記入		
(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	〒 -	令和 年 月 日
(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	〒 -	令和 年 月 日
(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	〒 -	令和 年 月 日
(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	〒 -	令和 年 月 日
(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	〒 -	令和 年 月 日

(被保険者証発見の際の返納誓約)

上記届書に記入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、ただちに返納致します。

被保険者氏名 ㊞

被保険者 _____ が健康保険被保険者証を滅失したことが、届出と相違ないことを証明致します。	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	㊞
電話	(局) 番

令和 年 月 日 提出
受付日付印