

※経過	被保険者証の返納があったときは、その年月日	年	月	日	決裁	常務理事	事務長	事務次長	担当
	被保険者証の資格を喪失した者であるときは、その年月日	年	月	日					

健康保険被保険者証 滅失届

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください。
 ◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄必須)		
※	(左詰め)	カナ		
		(氏名)		
被保険者の住所				
〒				
被保険者証を滅失した者の氏名			被保険者との続柄	
カナ				
(氏名)				
被保険者証を滅失した場所			被保険者証を滅失した年月日	
			令和	年 月 日
被保険者証を滅失した事由(滅失者の氏名や状況等詳しく)				
届出警察署名【必須】			届出番号【必須】	
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。			
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。			
	②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。			

(被保険者証発見の際の返納誓約)

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ので届出ます。
 今後の取扱いには十分注意することを誓約致します。
 滅失による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 _____

事業主証明欄	被保険者(含む被扶養者)	が健康保険の被保険者証を紛失したことが、届出のとおり相違ないことを証明します。		
	事業所所在地	(〒 -)	令和	年 月 日提出
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号 TEL	()		
社会保険労務士の提出代行者名				受付印