

常務理事	担当	担当	担当

健康保険被保険者証滅失届

被保険者等 記号・番号	—	※ 届書 種類	喪失・更新・検認		
被保険者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日		
資格取得年月日	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	名称				
	所在地				
滅失の対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)				
	被扶養者 (家族)	氏名	続柄		
被保険者証を滅失 したときの状況					
令和 年 月 日 提出					
<p>う え に 記 載 し た と お り 、 被 保 険 者 証 を 滅 失 い た し ま し た 。 な お 、 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 。</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒 —</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 氏 名</p>					

(注 意 事 項)

この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合、または被保険者証の更新ないしは検認の際に被保険者証を返納ないしは提出することのできない者が提出するものです。

受	
付	
印	