

※この届は、滅失が判明して、再交付を要しない場合に提出してください。

健康保険 被保険者証 滅失届

記号一番号	被保険者氏名	生年月日	性別
—		昭和・平成 年 月 日	男・女
住所 〒 —		電話	

滅失した証について、記入してください。

証を滅失した者（左欄 ア・イに○をつけてください。）					届出事由
ア	被保険者本人				滅失（紛失・盗難）
イ	被扶養者（下記氏名記入）	生年月日	性別	続柄	届出事由
		昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		滅失（紛失・盗難）
		昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		滅失（紛失・盗難）
申請理由	滅失（紛失・盗難）した年月日および場所 令和 年 月 日 場所（ ）				
	滅失した状況を詳しく記入してください。※盗難・紛失の場合は、必ず警察へ届け出てください。				

被保険者記入	上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失したので、届出いたします。 なお、滅失した被保険者証が見つかりましたら、直ちに返納いたします。 令和 年 月 日 被保険者署名 _____
--------	---

事業主の証明	上記のとおり、被保険者証を滅失したに相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話
--------	---

健康保険処理欄	【再発行日】 令和 年 月 日 【被保険者証返納日】 令和 年 月 日 （滅失届出後に再発見した場合）
---------	---

受付印

