

常務理事	事務長	係

事業所コード	事業所担当者

健康保険被保険者証滅失届

(注意事項)

ウイア
ア
この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため再交付を受ける場合、「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し・検認の際に被保険者証を提出または返納することができない方が、有効被保険者証の再交付を受ける場合に提出するものです。
届出の際には「始末書」を添付してください。
過失による滅失の場合は、返信用封筒に「簡易書留」と赤字で記入し、郵送用切手（簡易書留代金も含む）を同封してください。

被保険者 の 記号 番号	記号	番号	届書の 種類	喪失
被保険者 氏 名	生年月日			昭和 平成 令和 年 月 日
被保険者証の 資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被扶養者 の有無	有()人 無	
被保険者の勤務 する(していた) 事業所	名 称			
	所在 地			
被保険者証を 滅失したとき の状況	滅失者氏名() 続柄() 過失による滅失(はい・いいえ)※(注意事項)ウ. 参照			

令和 年 月 日 提出

うえの届出書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしましたが
今後は十分取り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、ただちに返納いたします。

住 所 〒 一

被保険者の

氏 名

印

備 考	付 日 付 印	見 付 日 付 印
--------	------------------	-----------------------