

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(資格確認書)滅失届

(注意事項)

イ ア この届書は、健康保険の被保険者証・資格確認書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・資格証明書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・資格確認書の更新ないし検認の際に被保険者証・資格確認書を提出または返納することのできない方が、有効被保険者証・資格確認書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。

被保険者の記号番号	記号	番号	届書の種類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 再交付・更新
被保険者氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
被保険者の資格取得年月日	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・資格確認書の滅失状況	滅失者の氏名 () 続柄 () 過失による滅失 (はい ・ いいえ)				
	警察への届け出 有 無 届出日: 届出警察署名: 1 受理番号等:				
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・資格確認書を滅失いたしました。今後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 〒 ー 被保険者の 氏 名 (印)					
備考					

受付日付印

承認日付印