

常務理事	事務長	係

事業所担当者

事業所コード

健康保険被保険者証滅失届

(注意事項)

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いし検認の際に被保険者証を提出または返納することのできない方が、有効被保険者証の再交付を受ける場合等に提出するものです。

イ 届出の際には「始末書」を添付してください。

ウ 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（414円）を同封してください。

被保険者証の記号番号	記号	番号	届書の種類	喪失・再交・更新
被保険者名	昭和 平成 令和		生年月日	昭和 平成 令和
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	滅失者の氏名() 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 〒 _____ 被保険者の 氏名 _____ (印)				
備考	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 5px;"> 受付日付印 </div> <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 5px;"> 承認日付印 </div> </div>			