

※

経	被保険者証の返納があったときは、その年月日	令和 年 月 日						被保険者台帳 照合印
	被保険者証の資格を喪失した者であるときは、その年月日	令和 年 月 日						
過	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失						

1 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又は被保険者証の更新ないしは検認の際に被保険者証を提出又は返納することができない場合に提出するものです。

2 ①の昭和・平成の別および②の滅失の該当者欄は、該当する文字を丸でかこんでください。

3 ※欄は記入しないでください。

被保険者証の 記号と番号		記号	健康保険 被保険者証滅失届			
		番号				
被保険者の氏名				①被保険者の生年月日	昭和 年 月 日 平成	
被保険者の現住所						
被保険者の勤務する(していた)事業所の	名称					
	所在地					
② 滅失の該当者	・ 被保険者分 ・ 被扶養者分 (下記に記入)					
滅失該当の被扶養者氏名 ()内は続柄	()	()				
	()	()				
	()	()				
被保険者証を滅失した年月日	令和 年 月 日	被保険者証を滅失した場所				
被保険者証を滅失した事由 (詳しく)						

(被保険者証発見の際の返納誓約)

上記に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名

事業主の証明	上記の届け出のとおり相違ないことを証明します。					
	令和 年 月 日					
	住所					
	氏名					
電話 局 () 番						

受付日付印