

|   |   |                            |                       |  |  |  |  |  |                 |
|---|---|----------------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|-----------------|
| ※ | 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<br>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。

|                                               |  |                                    |                            |                         |                   |                         |  |
|-----------------------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------|--|
| 被保険者の<br>記号と番号                                |  | 記号<br>番号                           |                            | 健康保険    被 保 険 者 証 滅 失 届 |                   |                         |  |
| 被 保 険 者<br>の 氏 名                              |  |                                    |                            |                         | ①被保険者の<br>生 年 月 日 | 昭和    年    月    日<br>平成 |  |
| 被 保 険 者<br>の 現 住 所                            |  |                                    |                            |                         |                   |                         |  |
| 被 保 険 者 の 勤 務<br>す る ( し て い た )<br>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<br>(    ) 内は続柄                    |  | (    )                             |                            |                         | (    )            |                         |  |
|                                               |  | (    )                             |                            |                         | (    )            |                         |  |
|                                               |  | (    )                             |                            |                         | (    )            |                         |  |
| 被 保 険 者 証 を<br>滅 失 し た 年 月 日                  |  | 令 和    年    月    日                 | 被 保 険 者 証 を<br>滅 失 し た 場 所 |                         |                   |                         |  |
| 被 保 険 者 証 を<br>滅 失 し た 事 由<br>( 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<br>業<br>主<br>の<br>証<br>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