

経過	被保険者の返納があったときはその年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当
	被保険者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				
	届出の種類	喪失・再交・更新・検認	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失		

※この届出は、健康保険又は被保険者証の更新のため提出するものです。被保険者証を滅失したため、検認、再交の際に被保険者証を受け取る場合、「被保険者証を返納することできない被保険者が有効被付保して返納

被保険者証の記号と番号	記号	〇〇	健康保険				被保険者証滅失届
	番号	〇〇〇〇〇〇〇〇					
被保険者の氏名	健保 太郎		被保険者の生年月日	昭和・平成	〇年〇月〇日生		
被保険者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市△△町123						
資格取得年月日	年 月 日						
被保険者証を滅失した者の氏名	健保 太郎		生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年〇〇月〇〇日 (例) 本人		
			昭和 平成 令和	年 月 日			
			昭和 平成 令和	年 月 日			
被保険者の勤務する(していた)事業所	名称	〇〇〇〇〇〇〇					
	所在地	〇〇県〇〇市△△町456					
被保険者証を滅失した年月日	〇〇年〇月〇日		被保険者証を滅失した場所	(例) 駅のホーム			
被保険者証を滅失した事由(詳しく)	具体的に記載してください。 ※警察の届出有無についても記載してください。						

(被保険者証発見の際の返納誓約)

うえの届出に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、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。

被保険者氏名

健保 太郎

印

事業主の証明	健康保険の被保険者証を滅失したことは上記届出のとおり相違ないことを証明いたします。	
	令和 年 月 日	
	事業主所在地	印
	事業主名称	
事業主氏名		

※

受付日付印