※

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		

健康保険

被保険者証滅失届

被保険者証の記号と番号	記号					
	番号					
被保険者の氏名		印	被保険者の生年月日	昭和・平成	年　月　日生	
被保険者の住所						
資格取得年月日	年　月　日					

被保険者証を滅失した者の氏名	生年月日	被保険者との続柄
	昭和 平成 令和　年　月　日	
	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	
	所在地	
被保険者証を滅失した年月日	年　月　日	被保険者証を滅失した場所
披被保険者証を滅失した事由（詳しく）		

1．この届出は、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又は被保険者証の更新ないしは検認の際に披保険者証を提出又は返納することができない者が有効被保険者証の再交付を受けるために提出するものです。

（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　　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	
	事業主名称	印
	事業主氏名	

※　受付日付印