

			常務理事	事務長	担当者	担当者	台帳照合印
経過	被保険者証の返還があったときは、その年月日	年 月 日	被保険者の資格を喪失したものであるときは、その年月日			年 月 日	

※上記は、記入しないでください。

### 健康保険 被保険者証滅失届

被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者の資格取得日
	1	×××××	昭和・平成・令和 ××年 ×月 ×日
被保険者の氏名	健保 太郎		被保険者の生年月日
			昭和 平成 ××年 ×月 ×日
被保険者の現住所	〒 ×××-×××× TEL ×× (××××) ×××		
	大阪府〇〇市××区△△1-2-3		
被保険者の勤務する(していた)事業所の名称	本社 〇〇部 〇〇課		
所在地	大阪府大阪市城東区鳴野東1-2-1		
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	医療機関からの帰り道
被保険者証を滅失した事由(詳しく)	×月×日、医療機関を受診した帰りに道で紛失。〇〇警察署へ届出済みです。		
該当者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	被扶養者氏名	被扶養者氏名
	※該当する方の口にチェックし、被扶養者の場合は氏名を記入	健保 花子	

(被保険者証発見の際の返還誓約)

うえの届書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、直ちに返還いたします。

被保険者氏名 健保 太郎

事業主の証明	
被保険者が健康保険の被保険者証を滅失したことについて届け出のとおり相違ないことを証明します。	
年 月 日	
住所	
氏名	

受付印