

			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	昭和・平成・令和 年 月 日
被保険者の 氏名			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 ()			
被保険者の勤務 する(していた) 事業所の	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		
被保険者証を 滅失した事由 (詳しく)				
該当者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	被扶養者氏名	被扶養者氏名	
	※該当する方の□にチェックし、 被扶養者の場合は氏名を記入			

(被保険者証発見の際の返還誓約)

うへ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 _____

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 _____