

健康保険被保険者証 滅失届

記号番号	—	健保使用欄	事由:喪失・更新 該当者:被保険者・被扶養者 事由発生日 令和 年 月 日
被保険者氏名		被保険者生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
被保険者の所属する(していた)事業所	名称		
	所在地		

該当者氏名	性別	男・女	続柄	被保険者・被扶養者続柄()	該当者生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
-------	----	-----	----	----------------	---------	----------------

被保険者証を紛失したときの状況	いつ、どこで、誰がどのように紛失したか詳細をご記入下さい。
-----------------	-------------------------------

警察署への届出	届出日	令和 年 月 日	受理番号	警察へ届出をしていない場合は、その理由
	警察署名			

令和 年 月 日 提出

うへの届書に記載した通り、健康保険被保険者証を滅失いたしました。
なお、この健康保険被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。

被保険者の住所 〒 —

被保険者の氏名 印

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の滅失届出がありましたので、提出いたします。 なお、今後は健康保険被保険者証を滅失することのないよう十分指導いたします。	
事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主名	印
電話	()

受付日付印

(注意事項)

この届書は、健康保険被保険者証を滅失(紛失)したため、健康保険の資格喪失時(被保険者、被扶養者)、または、登録情報変更時等に被保険者証を提出または返納することのできない場合に提出するものです。

健保決裁印				
常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者