

# 健康保険 被保険者証 滅失届

常務	事務長	部長	次長	課長	補佐	係長	主任	扱者

令和 年 月 日 提出

事業主欄	健康保険 被保険者証記号	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	( )

下記のとおり、健康保険被保険者証を滅失したことを確認し、届出の内容に相違ないことを証明します。

受付印

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

被保険者欄	① 被保険者証番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日	④ 性別	男 女
	⑤ 住所	〒 - 電話 ( )								
	⑥ 資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑦ 資格喪失年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	下記のとおり、健康保険被保険者証を滅失したので届出します。 また、滅失した健康保険被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。  被保険者氏名 _____									

①から④までの該当欄を記入してください。  
 ○この届出書は、被保険者本人または家族の被保険者証を滅失したため、健康保険組合に返納することができない場合に提出するものです。  
 ○70歳以上の方が高齢受給者証を滅失したことを届け出るときは、「高齢受給者証滅失届」を提出してください。

届出の対象者	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄
	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄

届出の理由	③ 被保険者証を滅失した年月日と場所	令和 年 月 日 場所
	④ 被保険者証を滅失した状況 ※なるべく詳しく記入してください	