

課長	課長補佐	処理者

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		届書の種類		喪失・再交付・被扶養者(異動)・更新・検認					
被保険者 の氏名			性別	男・女	生年 月日	昭・平	年	月	日生	
資格取得年月日	年		月	日	資格喪失年月日	年			月	日
被保険者証(被扶養者用)を滅失したときはその被扶養者の氏名										
被保険者の勤務 する(していた) 事業所の	所在地	〒								
	名称									
	電話	()								
被保険者証を滅失 したときの状況										

令和 年 月 日 提出

受付日付印

うえの届書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は取扱い十分注意します。
なお、この被保険者証を発見したときは、直ちに返納いたします。

被保険者
の住所 〒

氏名

電話 ()

最近2ヶ月間の保険診療の状況

受診者氏名	初診年月日	医療機関の名称・電話番号

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

(注意事項)

この届書は、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、被保険者証の更新ないし検認の際に被保険者証を提出または返納することの出来ない方が有効被保険者証の再交付を受ける場合、または被扶養者を削除するために『被扶養者(異動)届』を提出する場合に提出するものです。

◎この届出書に記入の個人情報には提供いたしません。