

理事長	常務理事	事務長	担当者

## 健康保険被保険者証 滅失届

(資格喪失、更新等により保険証を紛失して返却できないとき)

被保険者証の	記号		番号		社員No.	
フリガナ				被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日
被保険者の 氏 名						
被保険者の勤務 する(していた) 事業所	名称					
	所在地					
被保険者証を 滅失した者の 氏名・生年月日 等	氏 名	生 年 月 日			続 柄	
		昭和 平成 令和	年	月	日	
		昭和 平成 令和	年	月	日	
		昭和 平成 令和	年	月	日	
		昭和 平成 令和	年	月	日	
		昭和 平成 令和	年	月	日	
被保険者証を 滅失した年月日	令和	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 (詳しく記入)						

\*滅失した場合は、下記もご記入ください。

<b>(被保険者証発見時返納等の誓約)</b>	
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、ただちに 返納いたします。	
被保険者氏名(自署)	
令和 年 月 日 提出	

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請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又はき損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	
事業主氏名	
電話番号	

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者印	
--------------------	--

◎被保険者の印は、被保険者が自ら署名する場合は不要です。  
◎盗難届(遺失届NO)を記入してください。