

# 健康保険被保険者証 滅失届

常務理事	事務長	部長	課長	扱者

## (注意事項)

1. 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、被保険者証の更新しないしは、被保険者証の再交付を受ける場合、または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る場合、または被扶養者を削除するに付して返納することができない場合、提出するに被保険者証(被扶養者用)を添す。

2. 明治・大正・昭和・平成、の昭和・平成の別は、それぞれ該当する文字を、で囲んで下さい。

3. 欄は、被扶養者の被保険者証を滅失したときに、被扶養者の氏名を記入して下さい。

4. 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。

被保険者証の記号番号	-	届書の種類	喪失更新 再交付 被扶養者(異動)検認
被保険者氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
被保険者であるときは資格取得年月日	昭和 平成 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	(ア) 名称 (イ) 所在地		
被保険者証を滅失したときの状況			

平成 年 月 日 提出

上の届書に記載したとおり、健康保険被保険者証を滅失いたしました  
が、今後は十分取扱いに注意します。  
なお、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。

被保険者の 住所

氏名

印

備考	
----	--

受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者印	
	印