

経過	被保険者証の返納があったときは その年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当者
	被保険者の資格を喪失した者である ときは、その年月日	令和 年 月 日				
	届書の種類	滅失・再交付・更新・検認・その他	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失・その他		

## 健康保険被保険者証滅失届

健康保険被 保険者証の記号	健康保険被 保険者証の番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日			被保険者の資格を取得した日				
		㊟	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日
被 保 険 者 の 現 住 所										
被保険者の勤務する(していた)事業所の名称および所在地										
名 称										
所在地										
被保険者証を滅失した年月日			被保険者証を滅失した場所(理由)				滅失した被扶養者の氏名		備考	
令和 年 月 日										

(被保険者証発見の際の返納誓約書)

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 \_\_\_\_\_ ㊟

事業主 の 証 明	被保険者 _____ が健康保険の被保険者証を滅失したこと、 届け出のとおり相違無いことを証明します。	
	事業所所在地	〒 _____
	事業所 名称	_____
	事業主 氏名	_____ ㊟
	電 話	_____

受付日付印

### 『記入の方法』

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、「被保険者資格喪失届」に保険証を添付して返納することができない場合又は被保険者証の更新ないしは検認の際に被保険者証を提出又は返納することができない者が有効被保険者証の再交付を受けるため提出するものです。
2. 年号は該当する文字を○印で囲んでください。
3. ※印欄は健康保険組合使用欄ですので、記入しないでください。
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。