

確認欄	<input type="checkbox"/>	左記載欄に☑して下さい
	<input type="checkbox"/>	①申請者本人が作成したものである ②記載内容について申請者本人が確認している

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険 被保険者証 滅失届 (資格喪失のため再発行不要)

※この届出は、資格喪失した被保険者または被扶養者が被保険者証を滅失したため、返納できない場合に提出するものです。(被保険者証を滅失した方、お1人につき1枚提出してください)

被保険者記号番号		被保険者の氏名		生年月日			性別	
記号	番号	(氏)	(名)	元号	年	月	日	男 ・ 女
資格喪失日		被保険者の連絡先						
令和	年	月	日	〒				
				電話番号		携帯番号		

滅失対象者	氏 名		生年月日			性別	続柄	高齢受給者証
<input type="checkbox"/> 本人	(氏)	(名)	元号	年	月	日	男・女	有・無
<input type="checkbox"/> 被扶養者								
滅失したときの状況								
(いつ・どこで・どのような状況で、できるだけ詳しく)								

(被保険者証発見の際の返納誓約)

うへ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 _____ 令和 年 月 日提出

事業主の証明	(被保険者証発見の際の返納誓約)
	うへの届書に記載したとおり被保険者証(高齢受給者証)を滅失したため提出します。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納いたします。
	令和 年 月 日提出
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名

※健保記入欄

被保険者証の返納があったとき

令和 年 月 日

<< 健保組合受付印 >>

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