

確認欄	<input checked="" 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

確認欄にチェックを入れることにより押印を省略できます。  
チェック漏れは受理出来ません

### 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	
〇〇	2345678	ケンボ 健保	タロウ 太郎	昭和	46	6	20	男・女
資格喪失日		被保険者の連絡先						
令和 2年 10月 1日		〒 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">被保険者の住所・連絡先を記入</span>						
		電話番号			携帯番号			

対象となる者	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			
<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	ケンボ 健保	ユタカ 豊	平成	20	5	20	男・女	長男	有・無
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)		自宅にて保管していたつもりが、紛失してしまい探したが発見できなかった。						具体的に、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 健保 太郎 令和 2年 10月 10日提出

事業主にこの届出を提出する日付を必ず記入

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 2年 10月 11日提出
	事業所所在地
	事業所名称 <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">事業所記入欄</span>
事業主氏名	

必ず、記入してください

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