

正

健康保険被保険者証 滅失届

届出書類は、正・副
共にご提出ください

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者名		健保 太郎		
	× ×	× × ×					
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		XX 年 XX 月 XX 日	連絡先	××-××××-××××		
被保険者証を滅失したものの氏名	氏名		生年月日		性別	続柄	
	被保険者	(氏) 健保	(名) 太郎	昭平令		男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	本人
	被扶養者	(氏) 健保	(名) 花子	昭平令	× × × × × ×	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	妻
	被扶養者	(氏)	(名)	昭平令		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	
	被扶養者	(氏)	(名)	昭平令		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	
資格確認書の必要	<input type="checkbox"/> 必要		この申請のみでは資格確認書は交付されません。 資格確認書が必要な場合は「健康保険資格確認書(再)交付申請書」を提出ください。				
滅失したときの状況	事由が発生した日		事由が発生した場所				
	令和 XX 年 XX 月 XX 日		電車内				
	状況 保険証を入れたスーツケースを電車内に忘れたため						
届出警察署			警察署届出受理番号				
××警察署			××××				

上記の理由により被保険者証を滅失しました。なお、滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

【事業主記載欄】事業主の確認により本人署名の省略をした場合は、該当するものにチェックをつけてください。

- 本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
- 本人署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

社会保険労務 提出代行者名記	事業主様でご確認、ご記入ください
-------------------	------------------

備考欄	
-----	--

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	事業主印
--------------------------	------

受付日付印
