健康保険被保険者証　滅失届

（注意事項）
○この届書は被保険者証を滅失したため「被保険者資格喪失届」・「被扶養者異動届」に被保険者証を添付して返納することができない場合、または被保険者証の更新ないし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場合に提出するものです。
○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。

健康保険被保険者証		被保険者氏名	被保険者の生年月日
記号	番号		□昭和 □平成　　年　　月　　日 □令和
1			

被保険者証を滅失した者 ◆該当番号に✓をしてください。	□ 1	被保険者　※上記に同じ	種類	□喪失　□異動（被扶養者） □更新　□検認
	□ 2	被扶養者　※対象となる家族を下記に記入してください。		

被扶養者氏名	被扶養者の生年月日	続柄
	□昭和・□平成・□令和　　年　　月　　日	
	□昭和・□平成・□令和　　年　　月　　日	
	□昭和・□平成・□令和　　年　　月　　日	
	□昭和・□平成・□令和　　年　　月　　日	

被保険者の勤務する(していた)事業所について	名称	
	所在地	
被保険者証を滅失したときの状況		

うえの届書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしましたが、今後は十分取り扱いに注意します。
なお、被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和　　年　　月　　日　　提出

被保険者住所

被保険者氏名

巨樹の会健康保険組合

備考	

受付印

社会保険労務士の提出代行者印	