

正

健康保険被保険者証 滅失届

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																
生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年	月	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)	(名)	<table border="1"> <tr><td>昭</td><td>○</td></tr> <tr><td>平</td><td>○</td></tr> <tr><td>令</td><td>○</td></tr> <tr><td>昭</td><td>○</td></tr> <tr><td>平</td><td>○</td></tr> <tr><td>令</td><td>○</td></tr> </table>		昭	○	平	○	令	○	昭	○	平	○	令	○	男 女	○ ○	本人
	昭	○																		
	平	○																		
	令	○																		
昭	○																			
平	○																			
令	○																			
被扶養者	(氏)	(名)	男 女	○ ○																
被扶養者	(氏)	(名)	男 女	○ ○																
被扶養者	(氏)	(名)	男 女	○ ○																
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 年 月 日																			
	状況																			
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。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

備考欄	
-----	--

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

受付日付印	
-------	--

副

健康保険被保険者証 滅失届

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者名						
							
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 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)	(名)	昭 平 令 ○ ○ ○ 昭 平 令 ○ ○ ○ 昭 平 令 ○ ○ ○				男 ○ 女 ○	本人
	被扶養者	(氏)	(名)					男 ○ 女 ○	
	被扶養者	(氏)	(名)					男 ○ 女 ○	
	被扶養者	(氏)	(名)					男 ○ 女 ○	
被扶養者	(氏)	(名)	男 ○ 女 ○						
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 令和 年 月 日			事由が発生した場所					
	状況								
	届出警察署 警察署			警察署届出受理番号					

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。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

備考欄	
-----	--

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

受付日付印
