

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"/>
	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"/>	
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
-------