

伺・交付年月日：					
常務理事	事務長	業務課長	課長代行	係長	担当者

健康保険 被保険者証滅失届（資格喪失・再交付・更新）

【注意事項】

◇ ◇ ◇
 標題の「資格喪失」「再交付」「更新」のうち該当する項目を
 を退職する際に被保険者証を返還できない場合、「再交付」：被保険者証を滅失した為再交付を申請する場合。
 「更新」：被保険者証の更新の際に返還できない場合。
 欄はなるべく詳しくご記入ください。
 「健康保険資格喪失届」にこの「被保険者証滅失届」を添付して届出する際は、他に「誓約書」の提出が必要
 となります。

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名・印	印 (ご本人が自署する場合捺印は省略できます。)
被保険者の現住所	〒 _____ 電話 (_____)		
被保険者の性・生年月日	男・女	昭和・平成	年 月 日生まれ
被保険者が勤務する(していた)事業所	所在地 名称		
滅失された方の氏名をご記入ください。 ()内は続柄	被保険者	(本人)	被扶養者(家族) ()
	被扶養者(家族)	()	被扶養者(家族) ()
	被扶養者(家族)	()	被扶養者(家族) ()
被保険者証を滅失したときの状況をご記入ください。			
この度、被保険者証を滅失いたしました。今後は充分取扱いに注意いたします。 なお、この被保険者証を発見したときは直ちに返還いたします。			
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日提出			
備 考			受 付 日 付 印