

経過	被保険者証の返納があった時は、その年月日	令和 年 月 日	常務理事印	事務長印	担当者印 (資格確認)
	被保険者証の資格を喪失した者である時は、その年月日	平成 令和 年 月 日			
	届出の種類	喪失・再交・更新・検認	滅失の事由の種類	盗難・災害・紛失	

健康保険 被保険者証滅失届 (被保険者 被扶養者)

※再発行が必要である場合は、「再発行申請書」も同時に提出してください。

この「滅失届」のみでは、再発行は、できません。

被保険者証の 記号-番号	-		令和 年 月 日提出
被保険者の氏名	被保険者の 生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
被保険者の 資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	健康保険の 被扶養者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
対象の 被扶養者氏名	被扶養者の 生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	被扶養者の 生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	被扶養者の 生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
被保険者の 勤務している (していた) 事業所	名 称		
	所在地		
被保険者証を 滅失した年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者証を 滅失した場所	
被保険者証を 滅失した事由 (詳しく)			

(被保険者証発見の際の返納誓約)

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。この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 被保険者氏名 _____ (本人署名)

被保険者が健康保険被保険者証を滅失したことを証明します。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	令和 年 月 日
---------------------------------	----------

受付日付印

〔この届書の提出について〕

健康保険被保険者証を滅失したため再発行を受ける場合、または「被保険者資格喪失届」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もしくは検認の際に被保険者証を提出または返納できない者が有効被保険者証の再発行を受けるために提出するものです。