

処理伺	令和	年	月	日	
常務理事	事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	課員

① 被保険者証 の記号番号	記号					
	番号					
健康保険被保険者証滅失届						
② 被保険者 (本人)の氏名				③ 被保険者 の生年月日	昭和 平成	年 月 日
④ 被保険者 の現住所						
⑤ 被保険者 の勤務する (していた) 事業所	名称					
	所在地					
⑥ 被保険者証 を滅失した方 (本人又は家族)	氏名	続柄		生年月日	昭・平 令	年 月 日
	氏名	続柄		生年月日	昭・平 令	年 月 日
	氏名	続柄		生年月日	昭・平 令	年 月 日
	氏名	続柄		生年月日	昭・平 令	年 月 日
	氏名	続柄		生年月日	昭・平 令	年 月 日
⑦ 被保険者証 を滅失した 年 月 日	平成	年 月 日	令和	⑧ 被保険者証 を滅失した 場所		
⑨ 被保険者証 を滅失した 事由						

事業主 の証明	健康保険の被保険者証を滅失したことが、届け出のとおり相違ないことを証明します。				
	令和 年 月 日				
	住所				
	氏名				
	電話	()	番		

イ. この届は、健康保険の被保険者証を滅失したため、再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納をすることができない場合又は、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方が有効被保険者証の再交付を受ける場合提出するものです。