

※ 決 裁 欄	被保険者証の返納があったときはその年月日	年 月 日	常務理事	事務長		係員
	被保険者資格を喪失した者であるときはその年月日	年 月 日				
	届出種類	喪失・更新・検認	滅失事由	盗難・遺失・被災・紛失		

(注意事項)

一、この届書は、次の場合に提出してください。  
 イ、「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。  
 ロ、被保険者証の更新または検認の際に被保険者証を提出又は返納できない場合。

二、記載にあたっては、次のことに留意してください。  
 イ、③及び⑨の年号、⑥の被扶養者の有無はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。  
 ロ、滅失した被保険者証(カード)一枚につきこの届出書が一枚必要となります。  
 ハ、「※」印欄は記入しないでください。

健康保険 被保険者証(カード)滅失届

① 被保険者証の記号及び番号	記号					
	番号					
② 被保険者氏名			③ 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	生
④ 被保険者の現住所	〒 —					
⑤ 被保険者の資格を取得した日	平成	年 月 日	⑥ 健康保険の被扶養者の有無	有 無		
⑦ 被保険者が勤務をする(していた)事業所名・所在地	(イ) 名称					
	(ロ) 所在地					
⑧ 被保険者証を滅失した者の氏名		続柄		⑨ 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
⑩ 被保険者証を滅失した年月日	年 月 日	⑪ 被保険者証を滅失した場所				
⑫ 被保険者証を滅失した理由(具体的に)						
⑬ 盗難や屋外での遺失の場合の警察への届出状況	盗難・遺失物届出日		届出場所		受理番号	
	年 月 日			警察署・交番		
<p>うえの届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納致します。</p> <p>また、万一資格喪失日以降に医療機関で受診し、貴組合に受診機関から請求があった場合は、その請求額をお支払致します。</p> <p>被保険者氏名 _____</p>						

上記のとおり、被保険者から届出がありましたので提出いたします。 なお、今後は被保険者が被保険者証を滅失することのないよう十分指導致します。	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	( ) 番

受付日付印