

健康保険 被保険者証滅失届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

被保険者情報	被保険者等記号	被保険者等番号			氏名	フリガナ	
	生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	氏	名
	届書の種類	1 資格喪失届 2 被扶養者(異動)届		備考			

被保険者証を滅失した者	氏名		生年月日			続柄	被保険者証を滅失したときの状況
	フリガナ		5 昭和	年	月	日	
氏	名	7 平成					
		9 令和					
フリガナ		5 昭和	年	月	日		
氏	名	7 平成					
		9 令和					
フリガナ		5 昭和	年	月	日		
氏	名	7 平成					
		9 令和					
フリガナ		5 昭和	年	月	日		
氏	名	7 平成					
		9 令和					
備考							

被保険者欄	うえの届書に記載したとおり、健康保険被保険者証を滅失しました。今後は十分取り扱いに注意します。 なお、この健康保険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					
	〒 ー					
	被保険者の	住所				
	電話番号	ー	ー			
	氏名					

注意事項

この届書は、「被保険者資格喪失届」に健康保険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、被扶養者を削除するために「被扶養者(異動)届」を提出する場合に添付するものです。

受付印