

※ 経 過	被 保 険 者 証 の 返 納 が あ っ た と き は そ の 年 月 日	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	部 長	G 長	G L	扱 者
	被 保 険 者 の 資 格 を 喪 失 し た 者 で あ る と き は 、 そ の 年 月 日	令和 年 月 日						
	滅失事由類	紛 失 ・ 盗 難 ・ 遺 失						

健康保険 被 保 険 者 証 滅 失 届

(注意事項)

1. この届書は、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することができない場合、被保険者証の更新ないしは検認の際に被保険者証を提出または返納することのできない場合、または被扶養者を削除するために「被扶養者（異動）届」に被保険者証を添付して返納することができない場合に提出するものです。

2. ③、④の欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。

3. ⑤欄は、被扶養者の被保険者証を滅失したときに該当する被扶養者氏名を記入してください。

4. ※の欄は記入しないでください。

① 被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	記号 番号 —	※ 届出の種類	喪失・再交付・更新・検認 被扶養者（異動）
② 被 保 険 者 の 氏 名	③ 生 年 月 日		昭和 年 月 日 平成
④ 被 保 険 者 証 の 資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和	⑤ 滅失した被扶養者名	
⑥ 被 保 険 者 の 勤 務 す る （ し て い た ） 事 業 所	(イ) 会 社 名		
	(ロ) 所 在 地		
⑦ 被 保 険 者 証 を 滅 失 し た 時 の 状 況 を 詳 し く ご 記 入 く だ さ い。			

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
☐	①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

令和 年 月 日提出	
うえの届出書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしましたが、今後は十分取り扱いに注意いたします。	
なお、滅失した被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。	
被 保 険 者 の 住 所 〒	
氏 名	
電 話 () 番	

受 付 印