

※ 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 高 齢 受 給 者 証 滅 失 届

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 平成 年 月 日
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、
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 ()