

常務理事	事務長	事務長補佐	担当

健康保険被保険者証 滅失届

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名 (自署)	性別
記号	番号		男・女
生年月日		被保険者の現住所	
昭和・平成	年 月 日	〒	
		電話 ()	
資格取得年月日		資格喪失年月日	
令和	年 月 日	令和	年 月 日

被保険者証を滅失した者 ※口にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
		昭 平 令 年 月 日	男・女	
		昭 平 令 年 月 日	男・女	
		昭 平 令 年 月 日	男・女	
被保険者証 滅失の事由(詳細)				
被保険者の誓約	上記の通り被保険者証を滅失したことに相違ありません。この被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。なお、万一これにより事件・事故が発生した場合には、すべて自己責任として解決いたします。 令和 年 月 日 氏名(自署)			

被保険者	より上記事由に基づき滅失届の提出があったので、調査の結果、事実と相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

【注意事項】

被保険者証の再交付が必要な場合は、**「健康保険被保険者証滅失(き損)再交付申請書」**をあわせてご提出ください。

受付年月日