

黒のボールペンで記入してください。
(鉛筆・消えるボールペンは不可です)

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 123	番号 4567	健保 太郎	男 女
生年月日		被保険者の現住所	
昭和・平成 60年12月12日		〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2 〇〇マンション102 電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
資格取得年月日		資格喪失年月日	
令和 2年 4月 1日		令和 年 月 日	

被保険者証を滅失した者 ※□にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者			
	<input checked="" 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
	健保 小太郎	昭和 2年1月1日	男・女	長男
	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)	長男が病院を受診したあと、保険証が見当たらないため			
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 〇年 4月 2日 氏名(自署) 健保 太郎			

被保険者 健保 太郎 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、事実に相違ないことを証明します。
令和 〇年 4月 5日
〒123-4567
事業所所在地 東京都〇〇市〇〇町1-2-3
事業所名称 医療法人社団 〇〇
事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇
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。