

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者証滅失届

被保険者(申請者)情報	事業所名			所属名			
	被保険者証の	記号	番号		生年月日		
						<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
	氏名	(フリガナ)					
住所	(〒	—)	都 道	府 県	TEL	()

滅失した証の対象者欄	※滅失した証の対象者にチェックをつけて下さい <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <small>被保険者の場合氏名と生年月日は記入の必要はありません</small>	被扶養者氏名	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
		被扶養者氏名	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
		被扶養者氏名	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	被保険者証を滅失したときの状況						

上記のとおり被保険者証を滅失いたしました。
今後被保険者証を発見の際には直ちに返納いたします。

令和 年 月 日

受付日付印

この届は、被保険者証を返納できない場合に提出する届出書です。

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。