

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	三協立山(株)	所属名	〇〇支店 〇〇部 〇〇課		
	被保険者証の記号	82	番号	100000	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇 年 〇 月 〇 日
	氏名	(フリガナ) サンタテ タロウ 三立 太郎				
	住所	(〒 933 - 〇〇〇〇) 富山 都道 府県 高岡市〇〇〇番地 TEL 0766 (〇〇) 〇〇〇〇				

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	(フリガナ) サンタテ ハナコ 三立 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇 年 〇 月 〇 日
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	(フリガナ) サンタテ イチロウ 三立 一郎	被扶養者生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇 年 〇 月 〇 日
			(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	出かけた際、保険証を入れた財布落とし行方不明になった。		

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 〇 年 〇 月 〇 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。