

決裁日付印

伺日 年 月 日

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係

( 注 意 事 項 )

ア、この届書は保険証等を滅失したため、「被保険者資格喪失届」に保険証等を添付して返納することができない場合に  
イ、③、④、⑤および⑦の欄はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。

## 健康保険被保険者証等 滅失届

① 被保険者等の 記号・番号	・	※ 届書の 種類	喪失・更新・検認
② 被保険者氏名		③ 生年月日	昭和 平成 年 月 日生
④ 被保険者の資格 を取得した日	昭和 平成 年 月 日 令和	⑤ 被扶養者 の有無	有 ( 人 ) ・ 無
⑥ 被保険者の 勤務する(していた) 事業所	名 称 所 在 地		
⑦ 被保険者証等 を滅失した者	被保険者 被扶養者	(氏名)	
⑧ 被保険者証等 を滅失した ときの状況			
令和 年 月 日 提出			
うえの届書に記載したとおり、被保険者証等を滅失いたしました。今後は充分取扱いに注意いたします。 なお、この被保険者証等を発見したときは、ただちに返納いたします。			
住所 被保険者の 氏名			

備 考	※ 健保使用欄

受付日付印

社会保険労務士の 提出 代 行 者	
----------------------	--