

# 《滅失届》(被保険者が滅失・盗難等で被保険者証等を返納できない場合)

下記1～4について該当する証を○で囲んでください。

- 健康保険
1. 被保険者証
  2. 限度額適用認定証 / 標準負担額減額認定証
  3. 高齢受給者証
  4. 特定疾病療養受療証

\*太枠内をすべて記入し、事業所担当者に提出してください

被保険者の記号番号		— — 00		被保険者の生年月日			
被保険者の氏名				昭和・平成 年 月 日			
該 当 者	氏名		続柄	該 当 者	氏名		続柄
	氏名		続柄		氏名		続柄

滅失した年月日	令和 年 月 日
滅失した場所	
滅失した事由 (詳しく記入してください)	

新しい証が必要な場合はその旨(いずれかを○で囲んでください)

必要 ・ 不要

\*在職中で新しい 1.被保険者証 が必要な場合は、別紙「健康保険被保険者証 再交付申請書」も一緒に提出してください。

返 納 誓 約 欄	被保険者証等発見の際の誓約
	上記のとおり、被保険者証等を滅失しましたが、発見したときは速やかに返納することを誓約いたします。
	令和 年 月 日 被保険者氏名 _____

事 業 主 の 証 明	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ありません。
	後日、被保険者証等を回収した場合は速やかに返納いたします。
	なお、不正使用があった場合は連帯してその責任を負うことを誓約いたします。
	所在地 名称 事業主氏名 電話番号

受付日付印

常務理事	事務長	担当者