

*保険証をなくした時

健康 使用 欄	被保険者証の返還があった場合はその年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当者
	資格喪失者であるときはその年月日	平成・令和 年 月 日				
	届書の種類	喪失・再交・更新・検認	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失		

※被保険者は**太枠内をすべて記入**し、事業所に提出してください。**被保険者の捺印は不要です。**

※在職中で新しい保険証が必要な場合は「健康保険被保険者証再交付申請書」も必要です。

被保険者証の記号と番号	〇〇-〇〇〇〇		健康保険 被保険者証滅失届 <small>めっしつとどけ</small>			
被保険者の氏名	健保 太郎		被保険者の生年月日	昭・ 平 1年1月1日		
被保険者の現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区1-1-1					
被保険者の資格を取得した日	昭・ 平 ・令 〇年〇月〇日			健康保険被扶養者の有無	有 ・無	
被保険者の勤務している(していた)事業所	名称					
	所在地					
被保険者証を滅失した年月日	平・ 令 〇年〇月〇日		被保険者証を滅失した場所	自宅		
滅失該当者 被保険者証を滅失した事由 (詳しく記入してください)	滅失該当者⇒ 健保 花子(妻) 事由⇒ 病院から帰り、薬局のくすりの袋からくすりを出して、そのまま捨ててしまった。袋の中に保険証が入っていたようだ。					

(被保険者証発見の際の返納誓約)

上の届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名 健保 太郎

事業主の証明	被保険者 健保 太郎 が健康保険の被保険者証を滅失したことを証明します。
	所在地 令和 〇年 〇月 〇日
	名称 株式会社〇〇〇〇
	事業主氏名 〇〇〇 〇〇〇
	電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

印

会社之印

健保使用経過欄	
受付年月日	
台帳登載年月日	
決定年月日	