

健康保険被保険者証滅失届

【注意事項】

1、この届書は、次の場合に提出してください。
 イ、健康保険被保険者証を滅失したため再交付を受ける場合。
 ロ、「被保険者資格喪失届」に滅失のため、健康保険被保険者証を添付できない場合。
 ハ、健康保険被保険者証の更新の際に滅失したため健康保険被保険者証を提出又は返納できない人が、再交付を受ける場合。
 ニ、外出中での紛失の場合は、他人に悪用されたり、金銭上のトラブルに巻き込まれる恐れがありますので、必ず警察署にその旨の届出を行い、⑩欄にその旨、付記してください。

2、記載にあたっては、次のことに留意してください。
 イ、④欄は、滅失した人について被保険者を含め全員を書いてください。
 ロ、「※」印欄は記入しないでください。

① 被保険者証の記号及び番号	記号	番号		
② 被保険者氏名・印	③ 生年月日		昭和 平成	年 月 日 生
④ 被保険者証を滅失した者(氏名・生年月日等)	氏名	生年月日	備考	
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
⑤ 被保険者の現住所	〒 ー			
⑥ 被保険者の資格を取得した日	昭和・平成・令和 年 月 日			
⑦ 被保険者が勤務をする(していた)事業所名・所在地	(イ) 名称			
	(ロ) 所在地			
⑧ 被保険者証を滅失した年月日	平成 令和 年 月 日	⑨ 被保険者証を滅失した場所		
⑩ 被保険者証を滅失した理由(詳しく)	年 月 日に「 警察署」へ遺失届済みです。			

〔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、ただちに返納します。

被保険者氏名

印

事業主の証明	上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失したことに相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 印
電話 () 番	

受付日付印

社労士 記載欄	印	会員の 番号		
------------	---	-----------	--	--