

健康保険証滅失届

※太枠線内をすべて記入してください。

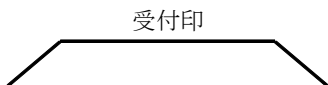
①保険証		②被保険者氏名		③被保険者生年月日		
記号	番号			昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日	
④ 滅失の保険証 ※(該当アルファベットに○印)		A 被保険者用		B 被扶養者用		
		※被扶養者用の場合はその家族を記入				
		家族の氏名		生年月日		続柄(長男・長女等)
				昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
				昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
⑤ 被保険者現住所		〒 -				
⑥ 保険証を滅失した年月日		令和 年 月 日				
⑦ 保険証を滅失した場所						
⑧ 保険証を滅失した事由(詳しく)						

保険証発見の際の返納誓約	うえの届書に記載したとおり保険証を滅失しましたが、この保険証を発見したときは直ちに返納いたします。
--------------	---

被保険者氏名

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
届出内容に相違ないことを証明します。

・この届は喪失時に保険証を返納できない場合に提出します。



健保欄	押印しないでください。	常務理事	事務長	マネジャー	担当