記　　入　　例

令和　〇〇年　〇〇月　〇〇日

届書を提出する年月日を記入してください。

滅失届（健康保険証・資格確認書）

※太枠線内をすべて記入してください。

①被保険者等				②被保険者氏名	③被保険者生年月日
記号	1	番号	123456	健　保　　太　郎	昭和・平成・令和 60 年 5 月 22 日

	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）
④ 滅失の対象者 ※（該当アルファベットに〇印）	健　保　　一　郎	昭和・平成・令和 30 年 1 月 15 日	父
	健　保　　康　子	昭和・平成・令和 33 年 11 月 7 日	母
		昭和・平成・令和 年 月 日	
		昭和・平成・令和 年 月 日	

扶養に入られていた家族を記入してください。

⑤ 被保険者現住所	〒　〇〇〇－〇〇〇〇 △△△△県△△△△町〇〇丁目〇〇番地〇〇号
⑥ 滅失した年月日	令和　1　年　5　月　13　日
⑦ 滅失した場所	△△△町〇〇丁目あたりの路上
⑧ 滅失した事由	△△町の病院で受診し、バスに乗って△△△町のバス停で降り帰宅したがバックの中に無かった。

詳しく記入してください。

保険証・資格確認書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・資格確認書を滅失しましたが、発見したと 直ちに返納いたします。

被保険者氏名　健　保　　太　郎

必ず被保険者本人が署名してください。

・この届は喪失時に保険証、資格確認書を返納できない場合に提出します。

事業所所在地　東京都千代田区〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号

事業所名称　株式会社　△△△△△△

事業主氏名　×××××××

届出内容に相違ないことを証明します。

事業主が押印するので、記入しないでください。

受付印

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

押印しないでください。

セブン＆アイ・ホールディングス健康保険組合　R1-5