

# 被保険者証滅失届

令和 年 月 日 提出

被保険者証 記号・番号	□□□□□□□□□□		被保険者 氏名		
被保険者 住所・電話	〒 - 日中連絡可能な電話 ( ) -				
事業所 の名称					
職場	部		室 課	係 G (内線 )	
被 保 険 者 証 記 入 欄	氏名	性別	生年月日	続柄	備考
	滅失した人	男・女	S・H・R 年 月 日		
		男・女	S・H・R 年 月 日		
		男・女	S・H・R 年 月 日		
		男・女	S・H・R 年 月 日		
		男・女	S・H・R 年 月 日		
上記のとおり被保険者証を滅失しましたが、発見した場合はただちに返納します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____					

事業主 記入 欄	上記のとおり相違ない事を証明します。 令和 年 月 日 事業主 所在地 名称	担当者

## ※ 注意事項

- この届書は被保険者又は被扶養者が被保険者証を紛失し、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付した返納できない場合に、被保険者が記入して提出するものです。
- 「滅失した人」欄には滅失した人全員を記入して下さい。

(提出経路) 本人 → 職場 → 事業所担当部署 → 健保組合

健保 使用 欄	常務理事	事務長	担当	受付
	令和 年 月 日 処理済			