

# 健康保険被保険者証滅失届

## 【被保険者証発見の際の返納誓約】

上記の届出に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、今後は充分取扱いに注意いたします。  
なお、この被保険者証を発見したときには、交付日の古い保険証をただちに返納いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名

印

被保険者証	記号			被保険者氏名										
	番号				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日			
被保険者の現住所		〒 -						届出の種類		<input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 再交 <input type="checkbox"/> 更新				
		TEL - -												
被保険者証を滅失した者	氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日		
	氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日		
	氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日		
	氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日		
	氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日		
被保険者証を滅失した年月日	令和	年	月	日	被保険者証を滅失した場所									
被保険者証を滅失した事由(詳細に)														

上記の通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

受付印

事業所所在地	〒 -		TEL - -	
事業所名称				
事業主氏名				

### ※注意事項

この届出書は下記事由に対して健康保険被保険者証(家族分含む)を滅失した場合に提出して下さい。

- 再交付申請
- 被保険者喪失届・被扶養者異動届(削除)申請
- 更新時、旧被保険者証(家族分含む)を返納できない場合