

経	被保険者証の返納があったときは、その年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		扱 者		被扶養者 台帳照合印
	被保険者の資格を喪失した者であるときは、その年月日	令和 年 月 日						
過	届出の 種類	喪失・再交付・更新・検認		滅失事由 の種類	盗難・遺失・焼失・紛失			

(注意事項)

2. 表題の「本人」「家族」の文字および③・⑤・⑦は、それぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。
1. この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため、再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合、又は被保険者証の更新しないしは検認の際に被保険者証を提出又は返納することのできない者が再交付を受けるために提出するものです。

① 被保険者の 記号と番号	(記号)  (番号)	本 人 族	健康保険被保険者証滅失届					
② 被保険者の 氏名と印		㊟	③ 生年月日	昭和 平成	年 月 日生			
④ 被保険者の 現住所	〒		TEL		-			
⑤ 被保険者の資格を 取得した日	昭和・平成・令和 年 月 日							
⑥ 被保険者の 勤務する (していた) 事業所の	(ア)名 称							
	(イ)所在地							
⑦ 滅失した健康保険者証の 氏名および生年月日				昭和 平成 令和	年 月 日生			
⑧ 被保険者証を 滅失した年月日	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)								

(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、ただちに返納いたします。

被保険者氏名

㊟

事 業 主 の 証 明	
被保険者・被扶養者	は健康保険の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。
なお、今後は被保険者証を滅失することのないよう全被保険者を対象に周知 徹底をはかります。	
令和 年 月 日	
住 所	
事業主	
氏 名	㊟
電 話	( ) 番

受 付 日 付 印