

健康保険 被保険者証滅失届

常務理事	事務長	扱 者

(注意事項)

イ この届出書は健康保険の被保険者証を紛失したため、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、または被保険者証の更新ないしは検認の際に被保険者証を提出または返納することができない者が、有効被保険者証の再交付を受ける場合に提出するものです。

ロ 、 、 の④の男女別丸でかこんで下さい。

の④の明・大・昭・平の別は、それぞれ該当する文字を

被保険者証の記号と番号				届出書の種類	喪失・再交・更新・検認
被保険者氏名				生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成
被保険者証の資格取得日	昭和 年 月 日 平成	被扶養者の有無		有 (人) ・無	
被保険者が勤務する(していた)事業所の	(イ) 名称				
	(ロ) 所在地				
被保険者証を滅失したときの状況(具体的に記入のこと)					
被保険者証を滅失した者の	(イ) 氏名	(ロ) 性別	(ハ) 生年月日	(ニ) 続柄	
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日		
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日		
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日		
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日		
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日		
平成 年 月 日提出					
うえの届書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は充分取扱いに注意致します。 なお、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。					
被保険者の住所 氏名					
印					
備考					
					受付日付印

社会保険労務士の提出代行者 印		
--------------------	--	--