

# 健康保険被保険者証 滅失届

部長	課長	係長	係

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	性別
記号	番号		男・女
生年月日		被保険者の現住所	
昭和・平成	年 月 日	〒 電話 ( )	
資格取得年月日		資格喪失年月日	
昭・平・令	年 月 日	平・令	年 月 日

被保険者証を滅失した者 ※口にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
		昭 平 令 年 月 日	男・女	
		昭 平 令 年 月 日	男・女	
被保険者証 滅失の事由(詳細)				
被保険者の誓約	上記の通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時は、ただちに返納いたします。 なお、万一これにより事故発生した場合には責任を持って解決いたします。 令和 年 月 日 氏名 (印)			

被保険者	より上記事由に基づき滅失届の提出があったので、 調査の結果、事実と相違ないことを証明します。
〒	令和 年 月 日
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電話番号	( )

## 【注意事項】

被保険者証の再交付が必要な場合は、**「健康保険被保険者証滅失(き損)再交付申請書」**をあわせてご提出ください。

受付年月日

(1.5)

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

## 健康保険被保険者証 減失届

記入例

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	性別
記号 1234	番号 567	健保 太郎	男 ・ 女
生年月日		被保険者の現住所	
昭和・平成 50年 1月 10日		〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2 〇〇マンション102 電話 03 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇	
資格取得年月日		資格喪失年月日	
昭・平・令 28年 4月 1日		平・令 31年 4月 1日	

被保険者証を減失した者 ※□にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者			
	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
	健保 花子	昭 平 令 5年 5月 1日	男・女	長女
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	
被保険者証 減失の事由(詳細)	長女が病院を受診したあと、保険証が見当たらないため			
被保険者の誓約	上記の通り被保険者証を減失しましたが、この被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。 なお、万一これにより事故発生した場合には責任を持って解決いたします。 令和 1年 5月 1日 氏名 健保 太郎 健保印			

被保険者 健保 太郎 より上記事由に基づき減失届の提出があったので、調査の結果、事実と相違ないことを証明します。  
令和 1年 5月 10日  
〒 345-6789  
事業所所在地 東京都〇〇市〇〇町3-2-1  
事業所名称 医療法人社団 〇〇会  
事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇  
電話番号 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇

主  
印  
業

## 【注意事項】

被保険者証の再交付が必要な場合は、**「健康保険被保険者証減失(き損)再交付申請書」**をあわせてご提出ください。

(1.5)

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---