

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	
記号	番号		
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	続柄
		昭 平 令 年 月 日	
		昭 平 令 年 月 日	
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 <input type="checkbox"/> ※内容を確認しました。 ※必ず口に✓を付してください。		

被保険者 に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、事実に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

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

(4.4)

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--