

健康保険被保険者証 滅失届

部長	課長	係長	担当者

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所所在地	〒	事業所記号		確認印
	事業所名称				
	事業主氏名				
	電話番号	()	社会保険労務士記載欄		
			氏名等		

被保険者の番号	被保険者氏名	生年月日
		昭・平・令 年 月 日

被保険者の住所	
住民票住所	〒 都道府県 市区町村 建物名： 部屋番号：
居所住所	〒 都道府県 市区町村 建物名： 部屋番号：
自宅電話番号	携帯電話番号

被保険者証を滅失したもの ※□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）
	被扶養者氏名 続柄 生年月日
	昭・平・令 年 月 日
	昭・平・令 年 月 日
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□に✓を付してください

【注意事項】

- 滅失届は、資格喪失および扶養削除の際に被保険者証を滅失しており、当組合に返納ができない場合に提出していただく書類です。**在籍中で資格確認書の交付が必要な場合は、「健康保険資格確認書（再）交付申請書」をご提出ください。**

オンライン印	受付印