

※経過等	被保険者証の返納があったときは、その年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務局長		担当者
	被保険者証の資格を喪失した者であるときは、その年月日	平成 年 月 日				
	届書の種類	喪失 再交 更新 検認	滅失事由の種類	盗難 遺失 焼失 紛失		

【注意事項】

1 この届書は、以下の場合に提出する書類です。  
 2 健康保険被保険者証を滅失したため再交付を受ける場合  
 3 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  
 4 被保険者証の再交付を受けるとき、1枚提出してください。  
 5 被保険者証の再交付を受けるとき、1枚提出してください。  
 6 被保険者証の再交付を受けるとき、1枚提出してください。  
 7 被保険者証の再交付を受けるとき、1枚提出してください。  
 8 被保険者証の再交付を受けるとき、1枚提出してください。  
 9 被保険者証の再交付を受けるとき、1枚提出してください。  
 10 被保険者証の再交付を受けるとき、1枚提出してください。  
 11 被保険者証の再交付を受けるとき、1枚提出してください。

### 健康保険 被保険者証滅失届

① 被保険者証の記号と番号	第 _____ 号
② 被保険者の氏名印	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 <small>※被保険者が自ら署名する場合は押印不要</small>
④ 該当者の氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生
⑥ 被保険者の資格を取得した日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 年 月 日 <input type="radio"/> 平成 年 月 日
⑧ 被保険者の勤務する(していた)事業所の所在地	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑨ 被保険者証を滅失した年月日	平成 年 月 日
⑩ 被保険者証を滅失した場所	
⑪ 被保険者証を滅失した事由(詳しく)	

(被保険者証発見の際の返納誓約)

うえ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  \_\_\_\_\_  
※被保険者が自ら署名する場合は押印省略可

※ 受付日付印

事業主の証明	この届出について、事実と相違ないことを証明します。
	平成 年 月 日 住所 氏名 <input type="checkbox"/> 電話 局 ( ) 番