

※経過等	被保険者証の返納があったときは、その年月日	令和 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	令和 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ができない場合
 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。

① 被保険者証の記号と番号		第 _____ 号	健康保険 被保険者証滅失届			
② 被保険者の氏名	印	※被保険者が自ら署名する場合は押印不要		③ 被保険者の生年月日	○昭和 年 月 日生 ○平成	
④ 該当者の氏名		⑤ 該当者の生年月日	○昭和 年 月 日生 ○平成 ○令和			
⑥ 被保険者の資格を取得した日	○昭和 年 月 日 ○平成 ○令和	⑦ 健康保険の被扶養者の有無	○有 ○無			
⑧ 被保険者の勤務する(していた)事業所の名称	所在地					
⑨ 被保険者証を滅失した年月日	令和 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。	
	住所 氏名	令和 年 月 日 電話 局 () 番