


常務理事	事務長	役 席	係

健康保険被保険者証 滅失届

① 被保険者証	記 号		番 号	
被保険者	② 氏 名		③ 生年月日	昭和 平成 年 月 日
	④ 資格取得日	昭和 平成 年 月 日 令和	⑤ 資格喪失日	昭和 平成 年 月 日 令和
⑥ 所属事業所	名 称			
⑦ 滅失した方の氏名	続 柄	氏 名	続柄	氏 名
⑧ 被保険者証を滅失した理由				
提出日 令和 年 月 日				
<p>上記届出書に記載したとおり、被保険者証を滅失し返納できませんので届出いたします。</p> <p>なお、今後当該被保険者証を発見したときは、直ちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者の住所 氏名</p>				
⑨ 備考				

(注意事項)

この届出書は、被保険者資格喪失時・被扶養者削除時等に被保険者証を返納できない場合、または被保険者証の更新ないし検認の際に被保険者証を返納できない場合に提出していただくものです。(再交付申請時にはこの滅失届は不要です。)