

※組合使用欄

常務理事	事務長	部長	課長	係長	C/P

健康保険被保険者証 滅失届

※未返納整理簿記載済
No.

(注意事項)

(ア)この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため、「健康保険資格喪失届」・「被扶養者(異動)届」の削除時等に被保険者証を添付して返納することができない場合に提出するものです。
(イ)記載にあたっては、次のことに留意してください。
●元号については、該当する文字を○印で囲んでください。
●④欄には、被保険者証を滅失した人の氏名・生年月日・続柄を記入してください。
(ウ)※印の欄は、記入しないでください。

① 被保険者証の記号及び番号	記号	番号	
② 被保険者氏名・印	③ 生年月日		昭・平・令 年 月 日
④ 被保険者証を滅失した者の氏名・生年月日・続柄等	氏名	生年月日	続柄
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
⑤ 被保険者の現住所	〒 -		
⑥ 被保険者の資格を取得した日	昭・平・令 年 月 日		
⑦ 被保険者が勤務をする(していた)事業所名・所在地	(イ) 名称		
	(ロ) 所在地		
⑧ 被保険者証を滅失した理由(詳しく)			

[被保険者証発見の際の返納誓約]

上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、ただちに返納します。

被保険者氏名 _____ ⑧

事業主の証明	上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失したこと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	⑧
	電話	

受付日付印

社労士記載欄	⑧
--------	---