

常務理事	事務長	部長	課長	係長	C/P

健康保険 被保険者証(高齢受給者証)滅失届

この届は資格喪失した被保険者又は被扶養者が被保険者証(高齢受給者証)を滅失したため、返納できない場合に提出します。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号(左づめ) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	番号(左づめ) <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日
	個人番号 (マイナンバー)	※ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		※ 被保険者等記号・番号を記載いただければ個人番号(マイナンバー)は不要です
	氏名	フリガナ -----		
	郵便番号	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	電話番号	<input style="width: 180px; height: 20px;" type="text"/>
	住所	都 道 府 県		

対 象 者	フリガナ 氏名	生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	高齢受給者証 交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 返納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	フリガナ 氏名	生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	高齢受給者証 交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 返納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	フリガナ 氏名	生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	高齢受給者証 交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 返納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	フリガナ 氏名	生年月日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	高齢受給者証 交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 返納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

返 納 誓 約	上記に記載した通り被保険者証(高齢受給者証)を滅失しましたが、この被保険者証(高齢受給者証)を発見したときは、ただちに返納いたします	令和 年 月 日
	被保険者氏名 _____	

上記の者について、被保険者証(高齢受給者証)を滅失したため届出します。
なお、被保険者証(高齢受給者証)を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

事 業 主 欄	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--