

健康保険被保険者証 滅失届

【申請者】

申請日 令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号	00	番号	000000
被保険者氏名	〇〇〇 〇〇〇			
生年月日	昭和・平成 00年 00月 00日			
被保険者住所	〒 000 - 0000 〇〇〇市〇〇〇区〇〇〇1-2-3 TEL (000) 000 - 0000			
事業所名	〇〇〇株式会社			
所属	(ポストNo A000) 〇〇〇課〇〇〇係 (内線 00000) TEL (000) 000 - 0000			

【届出の対象者】

氏名	続柄	資格喪失日	※資格喪失日:退職の場合は退職日の翌日、家族の削除の場合は削除日を記入
〇〇〇 〇〇〇	妻	令和〇〇年〇〇月〇〇日	返却できない理由 ※ 日時・場所・等経緯を詳しく記入してください。 平成00年00月00日18:30分頃 健康保険被保険者証の入ったバッグを電車(山陽本線) の中に置き忘れた。 駅及び警察に届けたが、以後発見されず。
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	

事業主 証明 欄	上記被保険者は、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 なお、紛失した保険証を発見した場合は直ちに返却させます。
	令和 00年 00月 00日 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町0丁目0番00号 所在地 事業所 〇〇〇〇株式会社 名称
	健保事務担当者の確認サイン
	TEL() -

常務理事	事務長	係

受付印