

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

健康保険被保険者証 滅失・き損届

確認欄	
<input type="checkbox"/>	この届出については、又は の要件を満たしたものである。 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。

記号	番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日			性別
			5昭和 7平成	年	月	日
						男 女

滅失、き損届申請 の対象となる者及 び原因 該当番号に 印をして ください。	1	被保険者 (本人が保持しているもの)	上記と同じ	原因	滅失・き損	
	2	被扶養者 (家族が保持しているもの)	対象となる家族の氏名等			
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	原因
			5昭和 7平成 9令和	年	月	日
				男 女		滅失 き損
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	原因
			5昭和 7平成 9令和	年	月	日
				男 女		滅失 き損
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	原因

滅失、き損届申請 の対象となる者及 び原因 できるだけ詳しく 記入してください。	【き損の場合は必ず保険証を添付してください】 【盗難の場合は悪用されるケースも想定されますので、警察への連絡・届出をおすすめします】
--	---

上記のとおり、被保険者証を滅失・き損したのでお届けします。今後は十分取り扱いに注意いたします。
なお、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。

令和 年 月 日

被保険者 住所
氏名

上記届出理由を調査したところ相違ないので証明します。

令和 年 月 日

受付日付印

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話