

健康保険被保険者証 滅失届

事務長	部長	課長	係長	係

記 号	番 号	被保険者の氏名		生年月日		性別	資格取得年月日	
				昭 平	年 月 日	男・女	昭 平 令	年 月 日
被保険者の勤務する (していた) 事業所の		名称						
		所在地	〒					

滅失の 対象となる方	氏 名			生年月日	性別	続柄	届書の種類	備考
	(氏)	(名)	昭 平 令	年 月 日	男・女		喪 失 被扶養者 (異動)	
	(氏)	(名)	昭 平 令	年 月 日	男・女		喪 失 被扶養者 (異動)	
	(氏)	(名)	昭 平 令	年 月 日	男・女		喪 失 被扶養者 (異動)	
	(氏)	(名)	昭 平 令	年 月 日	男・女		喪 失 被扶養者 (異動)	
滅失状況	(滅失したときの状況を詳しく記入してください。)							
	(警察届出： 月 日)							
被保険者記入欄	上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失したのでお届けします。 また、滅失した健康保険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 住 所 氏 名							

社会保険労務士の 提出代行者印		確認 ☐	この届出は①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が 確認している。
--------------------	--	--------------------------------	---

【注意事項】

◎ この届書は、以下の場合に提出するものです。

- ・【喪失】被保険者証を滅失したため、「被保険者資格喪失届」に添付して返納することができない。
- ・【被扶養者(異動)】被扶養者を削除するために「被扶養者(異動)届」を提出する際、被保険者証(被扶養者分)を添付して返納することができない。

受付日付印