

伺・交付年月日：					
常務理事	事務長	業務課長	課長代行	係長	担当者

健康保険 被保険者証滅失届（資格喪失・再交付・更新）

【注意事項】

◇ ◇ ◇
 標題の「資格喪失」「再交付」「更新」のうち該当する項目を○で囲んでください。なお、「資格喪失」…会社を退職する際に被保険者証を返還できない場合。「再交付」…被保険者証を滅失した為再交付を申請する場合。「更新」…被保険者証の更新の際に返還できない場合。
 ⑦欄はなるべく詳しくご記入ください。
 「健康保険資格喪失届」にこの「被保険者証滅失届」を添付して届出する際は、他に適用29の「資格喪失後に係る医療費返還に関する誓約書」の提出が必要となります。

① 被保険者証の記号・番号	-----	②被保険者の氏名			
③ 被保険者の現住所	〒 () 電話 ()				
④ 被保険者の性・生年月日	男・女	昭和・平成	年	月 日 生まれ	
⑤ 被保険者が勤務する(していた)事業所	所在地 名称				
⑥ 滅失された方の氏名をご記入ください。()内は続柄	被保険者 (本人)	被扶養者(家族) ()			
	被扶養者(家族)	被扶養者(家族) ()			
	被扶養者(家族)	被扶養者(家族) ()			
⑦ 被保険者証を滅失したときの状況をご記入ください。					
◎この度、被保険者証を滅失いたしました。今後は充分取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直ちに返還いたします。					
令和 年 月 日提出					
備考				※ 受付日付印	