

--	--	--	--

健康保険 被保険者証滅失届

(注意事項)

◆この届出は、次の場合に添付して提出してください。  
①保険証、限度額認定証、高齢受給者証を滅失したために再交付を申請する場合。(再交付申請書に添付する)  
②資格喪失届に保険証、限度額認定証、高齢受給者証を添付して返納できない場合。  
③被扶養者を削除するときに、被扶養者(異動)届に保険証、限度額認定証、高齢受給者証を添付して返納できない場合。

被保険者証の記号と番号	記号	〇〇〇	番号	123		
被保険者名	健保太郎		被保険者の生年月日	平成 50 年 1 月 21 日生		
被保険者の勤務する(していた)事業所名	〇〇株式会社					
滅失した被保険者証(該当番号を○で囲んでください。)	1	被保険者(本人)の被保険者証			滅失した被保険者証を○で囲んでください。 1.保険証 2.限度額認定証 3.高齢受給者証	
		2	被扶養者(家族)の被保険者証			滅失した被保険者証を○で囲んでください。 1.保険証 2.限度額認定証 3.高齢受給者証
	該当する家族の氏名		氏名	生年月日	続柄	1.保険証 2.限度額認定証 3.高齢受給者証
				昭和 年 月 日 平成		
被保険者証を滅失した年月日	平成 21 年 4 月 20 日					
被保険者証を滅失したときの状況をできるだけ詳しく記入してください。	電車内にかばんを置き忘れ、その中に保険証も入っていたため紛失。					
自宅以外で紛失又は盗難の場合は、届出をした警察署名	××	警察署	4 月 21 日	届出		
平成 21 年 4 月 22 日提出 うへの届書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は十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時は、発見した古い被保険者証をただちに返納いたします。 被保険者の 住所 〇〇市××町1-1-1 氏名 健保太郎 (健保印)						

事業主の証明	上記のとおり、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す。 平成 21 年 4 月 24 日		
	事業所所在地	〇〇県××市△△町1-2-3	
	事業所名称	〇〇株式会社	
	事業主氏名	富士 一郎	(株式会社印)
	電話	012-345-6789	

※ 受付日付印