

提出ししこの
出来は返届
すな検納書
るい認めは
ものす、
で、にこ「被
。有被が保
効保出
保者来
険証な
者証を
証提
の出合
の再ま・届
交た被
付は保
を返険
を受納者
ける証
場合の更
にが新
い付

欄・表
○は一
で、減
囲該失
ん当届
ですの
下対書
さ文象
い字種
。者類
。レ

健康保険被保険者証 滅失届

常務理事	事務長		係員

被保険者証の	記号		フリガナ			
	番号		被保険者氏名	⑩		
生年月日	昭和 平成 年 月 日			性別	男 女	
資格所得年月日	昭和 平成 年 月 日			資格喪失年月日	昭和 平成 年 月 日	
被保険者の勤務する事業所の	名 称					
	所 在 地					
滅失届の対象者	1. 被保険者(本人)		2. 被扶養者(家族)		3. 両方	
被扶養者	フリガナ		生 年 月 日			続柄
	氏 名					
			大正 昭和 平成 年 月 日			
			大正 昭和 平成 年 月 日			
			大正 昭和 平成 年 月 日			
			大正 昭和 平成 年 月 日			
			大正 昭和 平成 年 月 日			
被保険者証を滅失したときの状況						
上の届書に記載した通り、被保険者証を滅失いたしました。なお、この被保険者証を発見したときは、直ちに返納致します。また、資格喪失後無資格で診療を受けた場合は、責任を持って治療費を返納致します。						
被保険者の 住所 _____						
氏名 _____ ⑩						

平成 年 月 日

事業所所在地	〒 -
事業所名称	⑩
事業主氏名	

受付日付印