常務理事	事務長	部　長	課　長	確認者	扱　者

健康保険被保険者証　　滅　失　届

① 被保険者証の記号番号	記　号	番　号	② 被保険者氏名	
③ 生年月日	昭和 平成　年　月　日		④ 被保険者の資格取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日

⑤ 被保険者証を滅失した者の氏名・続柄・生年月日	氏　名	続　柄	生年月日	備　考
			昭和 平成 令和　年　月　日	
			昭和 平成 令和　年　月　日	
			昭和 平成 令和　年　月　日	
			昭和 平成 令和　年　月　日	
			昭和 平成 令和　年　月　日	

⑥ 被保険者の勤務する(していた)事業所の	(ア) 名　称	
	(イ) 所在地	
⑦ 被保険者証を滅失したときの状況(詳しく)	いつ どこで どの様に	

令和　　年　　月　　日　提出

うえ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が、今後は十分取扱いに注意します。

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。

被保険者の　　住所

(事業所で紛失した場合は事業所の)　氏　名

電　話

⑧ 備考	

受付日付印

【事業主記載欄】

確認(チェック)欄	・被保険者に届出意思を確認しました。 ・記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。
□	

社会保険労務士の提出代行者

(注意事項)

この届書は、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合、被保険者証の更新ないしは検認の際に被保険者証を提出または返納することのできない場合、被扶養者を削除するために「被扶養者(異動)届」に添付することができない場合、または保険証を滅失し、資格確認書の交付を受けようとする場合に提出するものです。

◎⑤欄は、滅失した人について被保険者を含め全員を書いてください。

◎被保険者の印は、被保険者が自ら署名する場合は不要です。