

常務理事	事務長	部長	課長	確認者	抜者

健康保険被保険者証 滅失届

(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できない場合は、被保険者証の更新ないしは検認の際に被保険者証を添付して返納することができません。また、被保険者証の更新ないしは検認の際に被保険者証を添付して返納することができない場合は、被保険者証の更新ないしは検認の際に被保険者証を添付して返納することができません。

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 年 月 日 平成 年 月 日		④ 被保険者の資格取得年月日	昭和 年 月 日 平成 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 年 月 日 平成 年 月 日		
			昭和 年 月 日 平成 年 月 日		
			昭和 年 月 日 平成 年 月 日		
			昭和 年 月 日 平成 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)	いつどこでの状況の様に				
<p>令和 年 月 日 提出</p> <p>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。今後は十分取扱いに注意します。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">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</p>					
⑧ 備考	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> / </div>				

【事業主記載欄】

確認 (チェック)欄 <input type="checkbox"/>	・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

受付日付印