



| | | | | | |
|--|----------|-------------|-----|--|----|
| * 被保険者証の返納があった場合は、その年月日 被保険者の資格を喪失した者である場合は、その年月日 | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | | 扱者 |
| | 令和 年 月 日 | | | | |
| | 届出の種類 | 喪失・再交・更新・検認 | | | |
| | 滅失事由の種類 | 盗難・遺失・焼失・紛失 | | | |

健康保険被保険者証滅失届

- ④ *印の欄は、記入しないで下さい。
- ③ 訂正したところには氏名の脇に押した印を訂正印として使用して下さい。
- ② 「最近6ヶ月間の受診状況」には、この届出を提出する日の前6ヶ月間に受診したすべての傷病について記入して下さい。
- ① 再交付の申請をする場合には、この滅失届・再交付申請書・誓約書と一緒に提出して下さい。

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----|----------------|---|----|---|-----------------|----|-----|
| 被保険者証の | | | | 氏名 | | 昭和・平成・令和 年 月 日生 | | 性別 |
| 記号 | 番号 | | | | | | | 男・女 |
| 被保険者の現住所 | | | | | | | | |
| 被保険者の資格取得日 | | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 健康保険の被扶養者の有無 | | 有・無 |
| 事業所の名称 | | 名称 | | | | 所属 | | |
| 被保険者証を滅失した年月日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | 被保険者証を滅失した場所 | | |
| 被保険者証を滅失した事由 (できるだけ詳しく記入して下さい) | | 滅失該当者 | | 氏名 | | | 続柄 | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

被保険者証発見の際の返納誓約

うへの届出書に記載した通り被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときには、直ちに返納致します。なお今後は被保険者証の保管・取扱には充分注意致します。

被保険者氏名

印

最近6ヶ月間の受診状況

| 受診者氏名 | 続柄 | 傷病名 | 診療を始めた日 | 診療をやめた日 | ★病院又は診療所名 | ★の所在 都市区名 |
|-------|----|-----|---------|---------|-----------|--------------|
| | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | |

上の通り相違ありません。 被保険者氏名 印

| | | | |
|---------|----------|--------|--------------------------|
| 事業所内点検印 | 担当課(係)長印 | 事業所証明欄 | 上記届出について、事実に相違ない事を証明します。 |
| | | | 令和 年 月 日 |
| | 担当者印 | | 所在地 |
| | | | 事業所 名称 |
| | | | 代表者名 印 |
| | | | Tel — — |

* 受付日付印