

受付	年	月	日	
決定	年	月	日	
旧	<b>記入不要</b>			
申請理由	・滅失	・毀損	・無奈白	
資格取得	S・H	年	月	日

決裁				
常務理事	事務長	課長	主任	担当
<b>記入不要</b>				

## 健康保険 被保険者証 滅失届

H24年 4月 5日

京葉ガス健康保険組合理事長殿

提出日

住所 ○○県××市△町1-2-3  
TEL 012-345-6789  
被保険者 氏名 健康太郎

下記のとおり健康保険被保険者証を滅失したことに相違ありません。  
なお、滅失した被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。

記

1. 被保険者証の記号・番号

記号	100
番号	456789

2. 被保険者の勤務する事業所の名称

○ × △ 株式会社

3. 被保険者証を返却できない方の氏名・続柄

氏名	健康太郎	続柄	本人
----	------	----	----

4. 返却できない理由・滅失した時の状況

滅失した状況・経緯などを具体的にお書きください。

上記の通り被保険者からの申請により提出します。 年 月 日

**事業所が証明する欄**

事業主名

※『健康保険被保険者証滅失届』は、健康保険の資格を喪失（被保険者の退職や被扶養者が就職した等）に、保険証がなくなつた返却できない場合に提出するものです。

### ※要注意

保険証の紛失に伴う再交付の申請には「再交付申請書」を使用してください。

--	--