

| | | | | |
|-----|----------------------------|---|---|---|
| ※経過 | 被保険者証の返納があったときは、その年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者証の資格を喪失した者であるときは、その年月日 | 年 | 月 | 日 |

記入例

健康保険被保険者証 滅失届

◎「※」印欄は記入しないでください。
◎記入の方法は記入例がおりますのでご覧ください。

| | | | | |
|---|----------|------------------------|---------------|-------------|
| 被保険者証の記号 | 被保険者証の番号 | 被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄☑必須) | | |
| ※ | (左詰め) | カナ | ケンポ タロウ | |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 | | (氏名) | 健保 太郎 | |
| 被保険者の住所 | | | | |
| 〒100-0000 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101 | | | | |
| 被保険者証を滅失した者の氏名 | | | 被保険者との続柄 | |
| カナ | ケンポ タロウ | | 本人 | |
| (氏名) | 健保 太郎 | | | |
| 被保険者証を滅失した場所 | | | 被保険者証を滅失した年月日 | |
| 場所を詳しく | | | 令和 | 0 4 1 0 0 1 |
| 被保険者証を滅失した事由(滅失者の氏名や状況等詳しく) | | | | |
| 届出警察署名 | | | 届出番号 | |
| 〇〇警察署 | | | NO.××××× | |
| <p>いつ、どこで、誰が等、滅失状況を詳しく。</p> <p>※控えの写しを添付する場合は、「届出番号」欄に「添付」と記入してください。</p> <p>添付いただくことで遺失届等の番号の記入省略可。</p> | | | | |

| | |
|-------------------------------------|---|
| 確認欄 | この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 |
| <input type="checkbox"/> | ②申請者本人が確認している。 |

【重要】
必ず☑をお願いします。
押印に変わる重要事項
となります。

うえの届出事項は、被保険者証を滅失したもので届出ます。
今後の取扱いには十分注意することを誓約致します。
滅失による被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名 健保 太郎

| | | |
|----------------|--------------|---|
| 事業主証明欄 | 被保険者(含む被扶養者) | が健康保険の被保険者証を紛失したことが、届出のとおり相違ないことを証明します。 |
| | 事業所所在地 | (〒 -) 令和 年 月 日提出 |
| | 事業所名称 | ※事業主記載欄のため、被保険者記入不要です。 |
| | 事業主氏名 | |
| | 電話番号 TEL | () |
| 社会保険労務士の提出代行者名 | | |

【訂正方法】

●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。

例：~~あいうえお~~ かきくけこ(健保太郎)