

経	被保険者証の返納があったときは、その年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当者		被保険者 台帳照合印
	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	令和 年 月 日						
過	届書の種類	喪失・再交・更新・検認		滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失			

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号と番号	健康保険被保険者証滅失届						
	氏名					生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所							
	事業所名称	名称						
		所在地						
滅 失 の 状 況	滅失した方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者		被扶養者の場合 その方の氏名				
	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(詳しく)							

(被保険者証発見の際の返納誓約)

うえの届書に記載したとお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は、ただちに返納いたします。

被保険者氏名(自署)

被保険者証を滅失するまでの直近の受診状況届

番号	受診者氏名	被保険者と受診者との続柄	傷病名	保険診療を始めた年月日		保険診療をやめた年月日		治ゆ又は未治ゆの別	保険診療を担当した保険医	
				年	月	日	年		月	日
1										
2										
3										
4										

うえのとおり相違ありません。 被保険者氏名

事業主欄	被保険者が健康保険の被保険者証を滅失したこと、および直近の受診状況が、届け出のとおり相違ないことを証明します。
	事業所住所 事業所名称 事業主氏名 電話番号： ()

受付年月日