

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	000 ----- 000000	健康保険被保険者証滅失届						
	氏名	三菱 太郎			生年月日	昭和 平成 令和	00年 00月 00日		
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1							
	事業所名称	名称	〇〇県〇〇市△△町1						
所在地		〇〇〇〇株式会社〇〇工場							
滅 失 の 状 況	滅失した方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	被扶養者の場合 その方の氏名	三菱 愛子					
	被保険者証を滅失した年月日	令和 00年 00月 00日	被保険者証を滅失した場所	××県〇駅付近					
	被保険者証を滅失した事由(詳しく)	旅行中、かばんに入れて持ち歩いて紛失してしまいました。 警察に届け、持ち物・自宅内をくまなく捜しましたが見つかりませんでした。							

(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) 三菱 太郎

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		氏名	住 所(都市区名)
1	三菱 愛子	妻	風邪	00	00	00	00	00	00	治ゆ	医療次郎	〇〇市
2												
3												
4												

うえのとおり相違ありません。 被保険者氏名 三菱 太郎

事 業 主 欄	被保険者 三菱 太郎 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