健康保険被保険者証等 滅失 / 回収不能 届

常務理事	事務長	課長	係長	係

証区分	1. 被保険者証　2. 高齢受給者証　3. 限度額適用認定証　4. その他（　　）

① 健康保険被保険者証 記号	番号	② 被保険者の氏名	③ 生年月日	④性別	⑤ 資格喪失年月日
		(氏)　(名)	大·昭·平　年　月　日	男·女	平成　年　月　日

⑥ 被保険者が勤務していた（している）事業所の

名称		所在地	〒　—

滅失または回収不能の対象となる方

被保険者	⑦ 氏名	⑧ 生年月日	⑨性別	⑩続柄	⑪ 証区分	⑫返納できない事由	⑬ 事由が盗難の場合
	(氏)　(名)	上記に同じ		本人	1・2 3・4		被害届年月日（平成　年　月　日） （　　）警察署　受理番号（　　）
被扶養者	(氏)　(名)	大·昭·平　年　月　日	男·女		1・2 3・4		被害届年月日（平成　年　月　日） （　　）警察署　受理番号（　　）
	(氏)　(名)	大·昭·平　年　月　日	男·女		1・2 3・4		被害届年月日（平成　年　月　日） （　　）警察署　受理番号（　　）
	(氏)　(名)	大·昭·平　年　月　日	男·女		1・2 3・4		被害届年月日（平成　年　月　日） （　　）警察署　受理番号（　　）
	(氏)　(名)	大·昭·平　年　月　日	男·女		1・2 3・4		被害届年月日（平成　年　月　日） （　　）警察署　受理番号（　　）

【注意事項】

平成　年　月　日提出

1. この届書は「被保険者資格喪失届」または「被扶養者(異動)届」に被保険者証等を添付して返納することができない場合に提出するものです。
2. 返納できない事由が盗難の場合は⑬欄を記入してください。
3. ⑭欄は被保険者にて記入·押印できない場合のみ事業主にて記入·押印してください。
4. 被保険者が届け出る場合は表題の「滅失」に、事業主が届け出る場合は「回収不能」に○印で囲んでください。

受付日付印

⑭ 上記のとおりお届けします。

被保険者（事業主） 住所	〒　—
氏名	㊞
電話番号	（　　）　—

⑮ 滅失した被保険者証等に対する誓約

⑫欄に記載した事由により、健康保険被保険者証等を滅失しましたが、この被保険者証等により生じた事故については一切の責任を負うこと、また被保険者証等を発見したときは、ただちに返納することを誓約します。

被保険者氏名	㊞