

健康保険被保険者証 ・ 限度額適用認定証 ・ 高齢受給者証 滅失届

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------|---------------|-----------|----------------|---------|--------|--------|--------|
| 被保険者証の記号 | 被保険者証の番号 | 被 保 険 者 の 氏 名 | | 生 年 月 日 | | | 性別 | |
| 00 | 00000 | (氏) 健保 | (名) 太郎 | 昭和 平成 令和 | 年 60 | 月 5 | 日 1 | 男 女 |
| 被 保 険 者 の 住 所 | | | | | | | 備 考 | |
| 〒XXXX-XXXX 埼玉 都道府県 飯能市南町X-X | | | | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------|-----------------|-----------------------|---|-----|-----|
| 被保険者証の資格 を取得した年月日 | 昭・平・令 21年 4月 1日 | 滅失した証 (該当するものにシ点) | <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 | | |
| 証を滅失した年月日 | 令和 1年 7月 20日 | 証を滅失 した事由 (詳しく) | 自宅引越しのため、荷物を整理・梱包した際、所在不明になった。 受理番号：XXX | | |
| 証を滅失した場所 | | | ※ 健康保険被保険者証を滅失した場合は、警察に届けた受理番号を必ず記入してください。 | | |
| 証を滅失した者の 氏名・生年月日・続柄等 | 氏 名 | | 生 年 月 日 | 続 柄 | 備 考 |
| | 被保険者欄 | (氏) 健保 (名) 太郎 | 昭・平・令 60年 5月 1日 | 本人 | |
| | 被扶養者欄 | (氏) 健保 (名) 花子 | 昭・平・令 62年 9月 10日 | 妻 | |
| | | (氏) (名) | 昭・平・令 年 月 日 | | |
| | (氏) (名) | 昭・平・令 年 月 日 | | | |

上記に記載したとおり、証を滅失しましたので届出致します。
 今後の取り扱いには十分に注意することを誓約致します。
 なお、滅失した証を発見したときは、直ちに古い証を返納致します。

氏名 健保 太郎 (印)

令和 年 月 日 提出

任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

| | | |
|-------------------|-------------------------|-----|
| 証滅失に関する 事業主の証明 | 上記のとおり、事実と相違ないことを証明します。 | |
| | 事業所所在地 | (印) |
| | 事業主名称 | |
| | 事業主氏名 | |
| 電話 | | |

受付印