

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
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日
							男 女
被 保 険 者 の 住 所							備 考
〒 一 都道 府県							

被保険者証の資格 を取得した年月日	昭・平・令 年 月 日	滅失した証 (該当するものにし点)	<input 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 年 月 日	証を滅失 した事由 (詳しく)	<small>※ 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。</small>			
証を滅失した場所						
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) (名)	昭・平・令	年 月 日	本人	
	被扶養者欄	(氏) (名)	昭・平・令	年 月 日		
		(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 _____ (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。

受付印

証滅失に関する 事業主の証明	上記のとおり、事実に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	