

常務理事	事務長	業務課長	担当者

被保険者証・高齢受給者証 滅失届

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号-番号	-		氏名			
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	提出年月日	下記のとおり届出します。 令和 年 月 日
	現住所	〒 - TEL - -					
	被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入し、個人番号確認、本人確認をするための注5の添付書類をつけて提出下さい。					- -	

滅 失 し た 者	被扶養者の氏名1		滅失した証の種類	1. 健康保険被保険者証 2. 高齢受給者証
	被扶養者の氏名2		滅失した証の種類	1. 健康保険被保険者証 2. 高齢受給者証
	被扶養者の氏名3		滅失した証の種類	1. 健康保険被保険者証 2. 高齢受給者証
	被扶養者の氏名4		滅失した証の種類	1. 健康保険被保険者証 2. 高齢受給者証

滅 失 始 末 書 欄	滅失年月日	令和 年 月 日	
	滅失した住所	〒 -	
	滅失した状況		
	私儀、今般私の不注意により健康保険被保険者証を滅失しましたので、始末書を提出致します。 滅失により健康保険組合に損害をかけたときは、私が責任をもって賠償します。		自筆署名

事 業 所 欄	確認欄 <input checked="" type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる <input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については、誤りがないか申請者本人が確認している。	上記について事実と相違ありません。 なお、被保険者証を回収したときは、直ちに返納します。 令和 年 月 日 提出 所在地 名 称 役 職 氏 名
------------------	---	---	--

- 【注意】
- この届は、健康保険被保険者証・高齢受給者証を返納できない場合に提出下さい。。
 - 日付は和暦、選択欄は該当数字を記入するか該当数字を○で囲んで下さい。
 - 訂正は二線抹消し、訂正者氏名を自署下さい。(修正テープ使用不可)
 - 滅失した証を後日発見したときは、直ちに返納して下さい。
 - マイナンバーで届出の場合「マイナンバーカードの両面の写し」もしくは「マイナンバーを記載した公的書類の写しと官公署が発行する写真付き身分証の写し」のどちらかを添付して下さい。