

常務理事	事務長	課長	係員

事業所	確認者	担当者

## 健康保険証 滅失届

被保険者証	記号		番号		被保険者氏名	
被保険者住所		〒 - TEL ( )				
被保険者が勤務する (していた)事業所		名称				
		所在地				
滅失した対象者氏名			届出の種類		1.喪失 2.再交付 3.更新(書換)	
健康保険証を滅失したときの状況をご記入ください。						
令和 年 月 日 提出						
<p>上記のとおり、健康保険証を滅失いたしました。今後は充分取扱いに注意いたします。</p> <p>なお、滅失した健康保険証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p>						
被保険者氏名						

**【注意事項】**

1. この届書は、健康保険証を滅失したため、再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に健康保険証を添付して返納することができない場合、または健康保険証の更新ないしは検認の際に健康保険証を提出または返納することのできない者が有効健康保険証の再交付を受ける場合に提出するものです。
2. 滅失した状況はできるだけ詳しく記入してください。
3. 健康保険証を紛失されたり盗難にあった場合は、悪用される恐れがありますので、警察に届け出てください。
4. 健康保険証の再交付が必要な場合は『健康保険証 再交付申請書』を併せて提出してください。

-----  
受付日付印

-----  
決裁日付印