

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.削除 3.氏名変更	
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、健康保険証を滅失しましたが、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、直ちに、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、健康保険証を返納することのできない者が提出するものです。
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。

受付日付印

決裁日付印