常務理事	事務長	課長	係

健康保険　被保険者証・高齢受給者証　滅失届

（注意事項）

◆この届書は、健康保険の被保険者証・高齢受給者証を滅失したため資格確認書の交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に被保険者証・高齢受給者証を添付して返納することが出来ない場合、または被扶養者を削除するために「被扶養者（異動）届」を提出する場合等に提出するものです。

◆◆⑥の欄は被保険者証等の証書を滅失した者の氏名、生年月日を記入し、滅失した証書の種類に○印を記入してください。

◆誤記があった場合の訂正印は不要です。訂正したことが明らかになるように訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名（フルネーム）をご記入ください。

① 事業所記号		② 被保険者番号	
③被保険者の勤務する事業所名			
④被保険者氏名			
⑤生　年　月　日	昭和 平成　　年　　月　　日		

⑥健康保険被保険者証・高齢受給者証を滅失した者の氏名等	氏　　名	生　年　月　日	滅失した証書の種類
		昭和・平成・令和 年　　月　　日	被保険者証 高齢受給者証
		昭和・平成・令和 年　　月　　日	被保険者証 高齢受給者証
		昭和・平成・令和 年　　月　　日	被保険者証 高齢受給者証
		昭和・平成・令和 年　　月　　日	被保険者証 高齢受給者証

⑦健康保険被保険者証・高齢受給者証を滅失したときの状況	

令和　　年　　月　　日 提出

うえの届書に記載したとおり、健康保険被保険者証・高齢受給者証を滅失いたしましたが、今後は十分取扱いに注意します。

被保険者住所

被保険者氏名

受付印