

健康保険 被保険者証・資格確認書滅失届

【届出者】

届出日 令和 年 月 日

健康保険被保険者証 記号・番号	記号		番号	
被保険者氏名				
被保険者住所	〒 - TEL () -			
所属部署	TEL () -			

【届出の対象者】

氏名		続柄		※日時・場所等経緯を詳しく記入してください。	()
警察への届出状況	☐ 有（届出日：令和 年 月 日） ☐ 無				
氏名		続柄		※日時・場所等経緯を詳しく記入してください。	()
警察への届出状況	☐ 有（届出日：令和 年 月 日） ☐ 無				
氏名		続柄		※日時・場所等経緯を詳しく記入してください。	()
警察への届出状況	☐ 有（届出日：令和 年 月 日） ☐ 無				

上記に記載したとおり、健康保険被保険者証または資格確認書を滅失いたしました。

今後は、取り扱いに十分注意いたします。

また、滅失した健康保険被保険者証または資格確認書を発見したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日 署名 _____ 印

事業主証明欄

上記被保険者は、健康保険被保険者証または資格確認書を「滅失」したことに相違ないことを証明します。

なお、今後は保険証を「滅失」することのないよう被保険者に徹底します。

令和 年 月 日

健保使用欄	常務理事	事務長	担当	担当

受付印