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	健保　太郎			
被保険者住所	〒〇〇〇　－　〇〇〇〇 ●●県〇市△町▲番地　□□ｺｰﾎﾟ▲号室 TEL　（　×××　）　××××　－　××××			
所属部署	●●店 TEL　（　〇〇〇　）　〇〇〇　－　〇〇〇〇			

【届出の対象者】

氏名	健保　太郎	続柄	本人	※日時・場所等経緯を詳しく記入してください。	7月31日午前7時頃×駅で保険証が入った財布を落としました。
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　〇年　〇月　〇日　　署名　健保　太郎　健保

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