

保 険 証 滅 失 届

健 保 組 合	
取 扱	再 査

被 保 険 者 記 入 欄							健 保 処 理 欄
事 業 所 コ ー ド	健 保 番 号 ^(※)	被 保 険 者 氏 名	滅 失 届 提 出 年 月 日				区 分
			年 号	年	月	日	
9			R				2. 滅失 3. 不能

※健保番号が不明な場合、未記入でも可（事業所にて記入）

※健保番号は、被保険者と被扶養者ともに同一番号

（本人・妻・長男・長女等の区分を明確に記入） ←

被 保 険 者 記 入 欄	滅 失 した 該 当 者 氏 名	続 柄	資 格 喪 失 年 月 日				滅 失 届 提 出 区 分（ど ち ら か に ○）
			年 号	年	月	日	
			R				1. 被保険者資格喪失となり保険証滅失 2. 被扶養者不該当となり保険証滅失
			R				1. 被保険者資格喪失となり保険証滅失 2. 被扶養者不該当となり保険証滅失
			R				1. 被保険者資格喪失となり保険証滅失 2. 被扶養者不該当となり保険証滅失

被 保 険 者 記 入 欄	念 書
	<p>1. 滅失した保険証を後日発見した場合は直ちに返却します。</p> <p>2. 滅失した保険証によって生じた一切の責任は、被保険者において負担し、貴組合に対し迷惑をかけないことを約束します。</p> <p>後日の証として、本念書を差し入れます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 被保険者 氏名</p>

事 業 所 記 入 欄	本人からの滅失届の提出が不可能な場合はその理由を下欄に記入の上、所属長印を押印ください。（健保組合に事前に連絡すること）	
	本人からの滅失届の提出が不可能な理由（具体的に記入）	所属長印

事業所名称 事業主氏名

提出年月日 _____