

常務理事	事務長	課長	係長	係

※経過	被保険者証の返納があったときは、その年月日	年 月 日	被保険者の資格を喪失した者であるときは、その年月日	年 月 日
	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失	届書の種類	喪失・再交・更新

健康保険被保険者証滅失届

1. この届書は、被保険者証を滅失したため、再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に被保険者証添付して返納することができない場合、または被保険者証の更新の際に被保険者証を返納することができない方が提出するものです。

2. ③・④・⑥・⑦の欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。

3. ※の欄は、記入しないでください。

被 保 險 者 欄	① 被 保 險 者 証 の 記 号 及 び 番 号	記 号					番 号				
	② 被 保 險 者 の 氏 名									③ 性別	男 ・ 女
	④ 被 保 險 者 の 生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日生									
	⑤ 被 保 險 者 の 住 所	〒 — — — — — 電 話 — — — — —									
	⑥ 被 保 險 者 証 の 資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑦被扶養者の有無	有 () 人・無				
⑧	被 保 險 者 証 を 滅 失 し た 対 象 者 氏 名										
⑨	被 保 險 者 証 を 滅 失 し た 状 況 の (詳 し く)										
年 月 日提出											
うえの届書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は充分に取扱いに注意いたします。											
なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。											
被保険者 住所 〒 — — — — —											
氏名											
電話 — — — — —											

任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

事 業 主 欄	〒 — — — — —
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
電 話 — — — — —	

受付日付印

印刷製本包装機械健康保険組合

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--