

常務理事	事務長		担当

健康保険 被保険者証 滅失（き損）届

被保険者(等) 記号番号	記号		番号		GUI					
被保険者 氏名						生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者 住所	〒					電話	()			
事業所名 及び電話						電話	()			

対象者 (該当項目に○)	1	被保険者（本人が保持している証カード）								
	2	被扶養者（家族が保持している証カード）								
	①	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	②	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	③	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		

申請の理由	滅失・き損（破損）した年月日、場所、その状況について（わかる範囲で記入してください）									
	日時： 令和 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ									
場所：										
状況：										
被保険者証を滅失又はき損（破損）いたしました。今後は十分注意いたします。 なお、滅失した被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。										
令和 年 月 日 被保険者氏名										

◎き損した場合は「き損となった被保険者証」を、この届出に添付してください。

事業主の証明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。									
	令和 年 月 日									
	事業所所在地									
	事業所名称									
	事業主氏名									
電話										

令和 年 月 日提出
受付日付印