**※紛失された保険証の記号・番号がご不明な場合は、GUIのみご記入ください。**

# 健康保険　被保険者証　滅失（き損）届

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者(等)<br>記号番号 | 記号 | ○ | 番号 | ○○○○○ | GUI | ○○○○ | | | | | | | |
| 被保険者<br>氏名 | 健保　太郎 | | | | | | 生年月日 | 昭和<br>平成 | ○ ○ 年 | ○ ○ 月 | ○ ○ 日 | | |
| 被保険者<br>住　所 | 〒000-0000　○○県○○市○○町１－２－３　○○マンション△△号室 | | | | | | 電話 | 00　（　1234　）　5678 | | | | | |
| 事業所名<br>及び電話 | EY○○○○○○ | | | | | | 電話 | 00　（　4321　）　8765 | | | | | |

| 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 | 健保　花子 | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | ○ ○ 年 | ○ ○ 月 | ○ ○ 日 | | |
| | ② | 氏名 | 健保　二郎 | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | ○ ○ 年 | ○ ○ 月 | ○ ○ 日 | | |
| | ③ | 氏名 | | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>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：　自宅

状況：　引っ越しの際に紛失しました

被保険者証を滅失又はき損（破損）いたしましたが、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　健保　太郎

**◎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。**

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

事業主
証明欄

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話

**※事業主証明欄**

**空欄のまま 事業所委託先へ提出してください**

**（委託先等で押印後、健保組合に回送されます）**

令和○○年○○月○○日提出
受付日付印

EY Japan健康保険組合

2024.6.1