

# 健康保険被保険者証滅失届

理事長	常務理事	事務長	担当者

## <記入例>

滅失により、記号・番号が不明の場合、記入は不要です

滅失により、資格取得年月日が不明の場合、記入は不要です

健康保険被保険者証記号・番号		被保険者氏名	生年月日	資格取得年月日
記号 3907	番号 〇〇〇〇〇	北村 花子	昭和・平成・令和 55年 6月 18日	昭和・平成・令和 24年 11月 1日
被保険者の住所・電話番号				
〒 222 - 0033 神奈川県横浜市港北区新横浜2-4-1 新横浜マンション705号室				
TEL 〇〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇				

申請の対象となる者	氏名	生年月日	被保険者との続柄	滅失したときの詳しい状況（日時、場所など）
	北村 花子	昭和・平成・令和 年 月 日	本人	5月5日に〇〇病院で診察を受けた後、分からなくなった。
		昭和・平成・令和 年 月 日		病院に確認しましたが見つかりませんでした。
		昭和・平成・令和 年 月 日		警察署への届出日：令和〇〇年 5月 7日 警察署での届出受理番号：No. 1234

◆紛失・盗難の場合は、第三者に悪用される危険性があるため、最寄の警察署への届出をお勧めします

◆下記の誓約書は、き損による申請の場合は不要です

誓約書	記載のとおり、健康保険被保険者証を滅失したことに相違ありません。 滅失した被保険者証が見つかった、又は回収できた時は、速やかに返却します。 また、滅失した被保険者証の不正使用が発覚した時は、貴組合へ速やかに連絡します。	令和〇〇年 5月 10日 提出 被保険者氏名 北村 花子
-----	---	---------------------------------

上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の滅失届がありましたので提出致します。  
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。

受付日付印

事業所 所在地  
名称  
事業主  
電話