

常務理事	常務理事代理	事務長	係員	係員

健康保険被保険者証滅失届

健康保険被保険者証の 記号・番号	記号	番号					
被保険者氏名	氏名	生年月日	昭5 平7				
被保険者が勤務する事業所の 名称・所在地	名称						
	所在地						
被保険者証を滅失した者の氏名等	氏名		生年月日			性別	続柄
	被保険者	(氏) (名)	昭5 平7 令9			男1 女2	本人
	被扶養者	(氏) (名)				男1 女2	
	被扶養者	(氏) (名)				男1 女2	
	被扶養者	(氏) (名)				男1 女2	
被保険者証を滅失したときの 状況	事由が発生した年月日		事由が発生した場所				
	令和 年 月 日						
	警察署名称	電話番号	遺失物届出書受理番号				
		()					

令和 年 月 日提出

上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、
今後は充分取り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。

受付日付印

被保険者の住所

氏名

印

※ 押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

【注意】 健康保険証は病院等で診療を受ける際に、健康保険の適用になることを証明する大切なものです。
紛失・盗難などの場合、第三者に悪用されることも考えられますので、必ず警察へ遺失物届出をしてください。
警察の遺失物届出受理番号を必ずご記入ください。未記入の場合は再提出になりますので、ご注意ください。