

健康保険 被保険者証 滅失届

被 保 険 者 情 報	被保険者 記号・番号	記号	番号	生 年 月 日						
				☐ 昭和	年	月	日			
	氏 名	(フリガナ)			日中の連絡先					
					TEL ()					
住 所	(〒 -)			都	道					
				府	県					

☒ 滅失の届出が必要な対象者にチェックを入れてください。

☐ 被保険者（本人）分				
☐ 被扶養者（家族）分 ※下記に被保険者証を滅失した被扶養者について記入してください。				
被扶養者氏名		生年月日		続柄
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	
被扶養者氏名		生年月日		続柄
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	
被扶養者氏名		生年月日		続柄
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	
理 由				

届 出 書	申 請 者	不注意により貴重な被保険者証を紛失しました。今後は取り扱いに十分注意いたします。	
		なお、紛失した保険証が発見された場合は直ちに返納いたします。	
		令和 年 月 日	
		被保険者氏名 (申請者)	

※き損再交付の場合は、届出書欄の記入は必要ありません。

※盗難の場合は、必ず警察に届け出てください。 ☐ 警察署に届け出済。 ※盗難の場合のみチェック願います。

※被保険者証の記号番号がご不明な場合にご記入ください。記入した場合は、本人確認書類が必要となります。

被保険者のマイナンバー記載欄 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

事 業 主 欄	事業所所在地	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。	受付日付印
	事 業 所 名 称		
	事 業 主 氏 名		