事業所担当者（ ） <経由> →健康保険組合

常務理事	事務長	担当

健康保険被保険者証（カード証）滅失届

被保険者 氏名	性別	男・女		
	生年月日	S・H	年	月 日
被保険者 記号-番号	-	資格取得年月日	S・H・R	年 月 日
事業所名				
届出の理由 (○で囲む)	・滅失 ・き損（破損・汚損） ・その他（ ） （き損の場合はこの申請書にカードを添付してください。）			
滅失した理由	※盗難および自宅外の紛失については必ず警察へ「盗難届」、「遺失物届」を提出の上、受理番号を記入してください。			
	届出先警察署名		届出受理番号	
申請する 該当者	氏名	続柄	性別	生年月日
			男・女	S・H・R 年 月 日
証の種類	被保険者証	再交付希望	不必要	
令和 年 月 日 届出				
<p>上記のとおりお届けいたします。 当該被保険者証が万一、不正使用された場合は、責任を持って弁償することを誓約いたします。 なお、滅失した被保険者証を発見した時は、直ちに返納いたします。</p> <p>被保険者の住所 〒</p> <p>被保険者氏名</p>				

※マイナ保険証を利用登録されていない方で資格確認書を発行ご希望の方は、「資格確認書交付申請書」にて申請ください。

上記のとおり、被保険者から被保険者証の滅失届の提出がありましたので届出いたします。なお、今後は被保険者証の取扱いに十分注意するよう指導いたします。	
事業主証明	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名

前回交付 H・R . . .

健 保 受 付 印