

経	被保険者証の返納があったときは、その年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	課長	係長	係	被保険者 台帳照合印
	被保険者の資格を喪失した者であるときは、その年月日	平成 年 月 日						
過	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失						

健康保険 被保険者証滅失届 厚生年金保険

(注意事項)

1 この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため、再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合または被保険者証の更新しないしは検認の際に被保険者証を提出または返納することのできない者が有効被保険者証の再交付を受ける場合および、厚生年金保険被保険者証を滅失したため、給付金の裁定請求書等に被保険者証を添付して提出することができない場合に提出するものです。

2 標題の「健康保険」、「厚生年金保険」の別、および、の欄は、それぞれ該当する文字を、でかこんでください。
3 印の欄は、記入しないでください。

1 被保険者証の 記号番号	記号 番号 —	届書の 種類	喪失・再交・更新・検認
2 被保険者の 氏名		3 生年月日	明治 大正 年 月 日生 昭和
4 被保険者証の 資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日	5 被扶養者 の有無	有(人)・無
6 被保険者の勤務 する(していた) 事業所の	(イ) 名称 (ロ) 所在地		
7 被保険者証を 滅失したとき の状況 (詳しく)			
平成 年 月 日提出			
<p>うえ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。今後は充分取扱いに注意いたします。</p> <p>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。</p>			
<p>被保険者の住所 〒</p> <p>氏名</p> <p>電話 局()</p>			
			印 番

事業主の証明	被保険者 が健康保険の被保険者証を滅失した こと、および被保険者の資格を取得した後の受診状況が、届け出のとおり 相違ないことを証明します。
	<p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>事業所 所在地</p> <p>名称</p> <p>代表者</p> <p style="text-align: right;">電話 局() 印 番</p>

受 付 日 付 印

社会保険労務士
の提出代行者印

印