# 健康保険 被保険者証 滅失届

下記の通り申請します。　　年　　月　　日 提出

| 被保険者情報 | 被保険者証記号 | 被保険者証番号 | 氏名<br>（ﾌﾘｶﾞﾅ）<br>自署してください。 | 生年月日　年　月　日<br>☐ 昭和<br>☐ 平成 |
|---|---|---|---|---|
| | 住所<br>（〒　　ー　　） | | | 電話番号（日中の連絡先）<br>TEL　（　　） |

| 滅失された方 | 氏　名 | 続柄 | 生年月日　年　月　日 | 備考 |
|---|---|---|---|---|
| | | | ☐ 昭和<br>☐ 平成<br>☐ 令和 | |
| | 氏　名 | 続柄 | 生年月日　年　月　日 | 備考 |
| | | | ☐ 昭和<br>☐ 平成<br>☐ 令和 | |
| | 氏　名 | 続柄 | 生年月日　年　月　日 | 備考 |
| | | | ☐ 昭和<br>☐ 平成<br>☐ 令和 | |
| | 氏　名 | 続柄 | 生年月日　年　月　日 | 備考 |
| | | | ☐ 昭和<br>☐ 平成<br>☐ 令和 | |

| 滅失した理由 | 詳しく記入してください。 | 滅失の状況 | ○ 発生日時 ＿＿＿＿年　月　日<br>○ 発生場所 ＿＿＿＿ |
|---|---|---|---|

| 誓約書 | 私は、本申請書に記載した通り、被保険者証を滅失いたしましたが、万一、該当被保険者証が<br>不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合、<br>その一切の責任を負うことを誓約いたします。<br>被保険者（本人自署） |
|---|---|

※ 被保険者証は、クレジットカードと異なり、使用を停止することができません。
　最寄りの警察署に届出てください。

| 事業主欄 | | 上記のとおり被保険者から被保険者証　滅失の申請がありましたので届出いたします。<br>年　月　日 |
|---|---|---|
| | 事業所所在地 | （〒　　ー　　） |
| | 事業所名称 | |
| | 事業主名 | |
| | 電話 | TEL　（　　） |

※ 任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。
※ 滅失した被保険者証が発見された場合には、必ず発見した被保険者証を健康保険組合に返納してください。

| 健保記入欄 | |
|---|---|
| 返納があった場合の返納日 | 年　月　日 |

| 常務理事 | 事務長 | 担　当 |
|---|---|---|
| | | |