

健康保険 被保険者証 滅失 届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

この届書は、被保険者証を失くした場合に提出するものです。

事業主が被保険者から被保険者証を回収できない場合は、別様式「被保険者証回収不能届」を作成し提出してください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 (左づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 5.昭和 <input type="text"/> 7.平成 <input type="text"/> 9.令和		
	氏 名	令和 年 月 日 (フリガナ) (氏名)				
	住 所	〒 ー ー ー ー ー ー ー ー				
	電話番号	自宅	ー	ー	携帯電話	ー

チェック欄	滅失した方の氏名	生年月日	性別	続柄	備考
<input type="checkbox"/>	被保険者 (本人)				
滅 失 し た 方 (氏名等を記入)		<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和	年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和	年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和	年 月 日		

滅 失 時 の 状 況 等	滅失した時の状況を詳しく記入してください。				
	警察署等に届出している場合のみ右項を記入	届出した警察署等の名称	届出した年月日 令和 年 月 日	受理番号	

社会保険労務士記載欄 氏名等	
-------------------	--

受付日付印

※ 組合記入欄	
届書種類	1. 資格喪失 (□届と同時・□以前の届出: 処理日 R 年 月 日) 2. 扶養削除 (□届と同時・□以前の届出: 処理日 R 年 月 日) 3. 再 交 付 (□届と同時・□以前の届出: 処理日 R 年 月 日) 4. 更 新