

○の箇所を記入してください

健保使用欄			
常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険被保険者証滅失届（退職者用）

被保険者証の記号—番号 —		事業所名称	
被保険者氏名	フリガナ ⑩	生年月日	昭和・平成 年 月 日
現住所	〒	電話番号	
資格取得年月日	平成・令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日
滅失日時	令和 年 月 日	場所：	
滅失した被保険者証			
氏名	続柄	氏名	続柄
備考			
証をなくされた方の氏名・続柄			
滅失した状況（できるだけ詳細に）			
状況について詳しく記入してください。 届出警察署・受理番号について記入してください			
上記のとおり、被保険者証を滅失いたしましたので、お届けします。 なお、発見した場合には、遅滞なく返納いたします			
令和 年 月 日	記入日		
被保険者氏名	⑩	印を忘れずに	

上記に相違ありません

令和 年 月 日

事業主

⑩

受付印