

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					
滅失した状況（できるだけ詳細に）									
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 ⑩</p>									

上記に相違ありません	
令和	年 月 日
事業主	⑩

受付印