

# 健康保険 被保険者証 滅失・毀損届

被保険者等			事業所名称			
記号	番号			生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
被保険者 氏名	フリガナ					
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	
申請の理由						
1 滅失 2 毀損（毀損した被保険者証を添付） 3 盗難 4 その他：						
日時	令和	年 月 日	場所			
状況（できるだけ詳細に）						
上記のとおり、被保険者証を[ 滅失・毀損 ]いたしました。今後は取扱いに十分注意します。 なお、滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。						
令和 年 月 日 被保険者署名						
滅失/毀損した被保険者証						
氏名		続柄	氏名	続柄	備考	
被保険者証滅失後の受診						
氏名	診療年月日		受診した医療機関			
	令和	年 月 日				
	令和	年 月 日				
	令和	年 月 日				

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出いたします。
令和 年 月 日
事業主

受付印

**※被保険者証を紛失された方はマイナ保険証をご利用ください。**

利用するには本人の利用登録が必要です。  
マイナポータル、病院の窓口にある顔認証付きカードリーダー、セブン銀行ATM等でも初回の利用登録ができます。

マイナ保険証を利用できない事情があり、資格確認書発行ご希望の方は  
【健康保険資格確認書交付申請書】を事業所経由でご提出ください。

マイナポータル  
アクセス用QRコード

