

決裁日付印

伺日 年 月 日

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係

(注意事項)

ア、この届書は保険証等を滅失したため、「被保険者資格喪失届」に保険証等を添付して返納することができない場合に
イ、③、④、⑤および⑦の欄はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。

健康保険被保険者証等 滅失届

① 被保険者等の 記号・番号	6 · 19	※ 届書の類	喪失・更新・検認
② 被保険者氏名	洋菓子 太郎	③ 生年月日	昭和 平成 ○○年 10月 20日生
④ 被保険者の資格 を取得した日	昭和 平成 ○○年 8月 1日 令和	⑤ 被扶養者 の有無	有 (1人) ・ 無
⑥ 被保険者の 勤務する(していた) 事業所	名称 所在地	(株) ○○○ 豊島区 ○○○ 2-31-25	
⑦ 被保険者証等 を滅失した者	被保険者 被扶養者	(氏名) 洋菓子 花子	
⑧ 被保険者証等 を滅失した ときの状況	引越しの時、誤って紛失した。		
令和 ○○年 8月 4日 提出 うえの届書に記載したとおり、被保険者証等を滅失いたしました。今後は充分取扱いに注意いたします。 なお、この被保険者証等を発見したときは、ただちに返納いたします。 住所 豊島区 ○○○ 1-23-45 被保険者の 氏名 洋菓子 太郎			

備考	※ 健保使用欄
----	---------

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者	
-------------------	--