

健康保険 被保険者証滅失届

常務理事	事務長		担当

提出日:令和 年 月 日

この届出は、被保険者資格喪失や被扶養者扶養削除時に健康保険被保険者証を返却ができない場合に提出するものです
被保険者証の再交付が必要な場合は、この滅失届ではなく「健康保険被保険者証再交付申請書」のみ提出して下さい

【被保険者情報】

被保険者証の記号・番号	-			氏名		
被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	年齢	歳	備考	

～被保険者証を滅失した対象者について下記にご記入ください～

滅失対象者欄 (該当番号に☑)	<input type="checkbox"/> 1	被保険者本人	被保険者資格喪失日		
			令和	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 2	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	続柄	被保険者資格喪失・扶養削除日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	令和 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	令和 年 月 日
申請事由	(被保険者証を滅失した場合は、状況を詳しく記入してください)			遺失届出先 ※状況に応じて警察に届出下さい	遺失届の受理番号

事業主確認欄	事業主が下記について確認した場合に☑してください。	
	<input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成したものである。	
	<input type="checkbox"/> 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	

健保確認	資格喪失届の内容を確認		扶養削除届の内容を確認		回収不能登録		備考	
------	-------------	--	-------------	--	--------	--	----	--

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の滅失の申出がありましたので提出いたします。
この届出を提出した後に被保険者証が見つかった場合は、必ず健康保険組合に返納いたします。

事業所所在地	〒 -				
事業所名称					
事業主氏名					
電話番号	(局)	番		

受付日付印

松竹健康保険組合

記入見本 健康保険 被保険者証滅失届

常務理事	事務長		担当
健康保険組合の記載欄			

① 提出日:令和 2年 1月 10日

この届出は、被保険者資格喪失や被扶養者扶養削除時に健康保険被保険者証を返却ができない場合に提出するものです
被保険者証の再交付が必要な場合は、この滅失届ではなく「健康保険被保険者証再交付申請書」のみ提出して下さい

【被保険者情報】

② 被保険者証の記号・番号	1 - 23456	③ 氏名	健康 太郎		
④ 被保険者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 46年 6月 8日 <input type="checkbox"/> 令和	⑤ 年齢	46 歳	備考	

～被保険者証を滅失した対象者について下記にご記入ください～

⑥ 滅失対象者欄 (該当番号に☑)	<input type="checkbox"/> 1 被保険者本人				⑩ 被保険者資格喪失日	令和 年 月 日			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	⑦ 被扶養者の氏名	健康 愛	⑧ 被扶養者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 48年 3月 20日 <input type="checkbox"/> 令和	⑨ 続柄	妻	⑪ 被保険者資格喪失・扶養削除日	令和 1年 5月 1日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				令和 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				令和 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				令和 年 月 日		
⑫ 申請事由	(被保険者証を滅失した場合は、状況を詳しく記入してください) 最後に使用したのが、1ヶ月前の通院時です。 家庭内の保管場所になかった為、間違えて捨ててしまったと思いま す。				⑬ 遺失届出先 ※状況に応じて警察に届出下さい	⑭ 遺失届の受理番号			

事業主確認欄	事業主が下記について確認した場合に☑ してください。	
	<input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成したものである。	
	<input type="checkbox"/> 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	

健保 確認	資格喪失届 の内容を確認	扶養削除届 の内容を確認	回収不能登録	備考
健康保険組合の記載欄				

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の滅失の申出がありましたので提出いたします。
この届出を提出した後に被保険者証が見つかった場合は、必ず健康保険組合に返納いたします。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	事業主(会社)の証明欄
事業主氏名	
電話番号	(局) 番

受付日付印

松竹健康保険組合

◆申出にあたっての注意事項◆

- ・被保険者資格喪失時や被扶養者扶養削除時に健康保険被保険者証を返却ができない場合に提出して下さい。
- ※この届出をした後に被保険者証が見つかった場合は、必ず健康保険組合までご返却願います。
- ・所属する会社の担当者(人事等)へ提出してください。(会社の証明が必要な為)

◆書類内の記入にあたっての注意事項◆

- ・書類内の必要事項欄内に全て記入(セルに入力)してください。※記入見本内に番号が振られている項目(青字で書かれている箇所)

～被保険者情報～

- ①申請書類の提出日を記入してください。
- ②被保険者証の記号・番号を記入してください。(不明の場合は担当者に確認してください。)
- ③氏名(フルネーム)を記入してください。
- ④被保険者の生年月日を記入してください。
- ⑤年齢を記入してください。

～滅失対象者情報～

- ⑥被保険者証を滅失し、返却できない被保険者または、被扶養者 該当するいずれかの横 にチェックを入れて下さい。
※被保険者は「1」、被扶養者は「2」、両者の場合は「1」と「2」両方にチェックを入れてください。
- ⑦被保険者証を滅失された被扶養者の氏名を記入してください。
- ⑧被保険者証を滅失された被扶養者の生年月日を記入してください。
- ⑨被保険者証を滅失された被扶養者の続柄を記入してください。
- ⑩被保険者の資格喪失日を記入してください。
- ⑪被保険者の資格喪失・被扶養者の扶養削除日を記入してください。
- ⑫申請事由の詳細をご記入ください。(状況を詳しく記入してください。)
※理由の記載がなく、「紛失した」との記入のみでは認められません。
- ⑬遺失届出先を記入してください。(警察署や交番名を記入してください。)
- ⑭警察署(交番)に届出した際に「受理番号」が発行される為、発行された遺失届の受理番号を記入してください。

以上