

# 健康保険被保険者証 滅失届

(注意事項) ○この届書は被保険者証を滅失したため「被保険者資格喪失届」・「被扶養者増減届」に被保険者証を添付して返納することができない者が有効被保険者証の再交付を受ける場合に提出するものです。  
○被保険者の印は、被保険者が自ら署名する場合は、不要です。

健康保険被保険者証		被 保 険 者 氏 名		被保険者の生年月日			
記号	番号			昭和・平成			
				年 月 日			
被保険者証を 滅失した者  ◆該当番号の■印 を選択してください。	<input type="checkbox"/> 1	被保険者 ※上記に同じ		届出書の種類			
	<input type="checkbox"/> 2	被扶養者 ※対象となる家族を下記に記入してください。					
	被扶養者氏名		被扶養者の生年月日		続柄	備考	
			昭和・平成・令和 年 月 日				
			昭和・平成・令和 年 月 日				
			昭和・平成・令和 年 月 日				
被保険者の勤務 する(していた) 事業所について	名 称						
	所在地						
被 保 険 者 証 を 滅 失 した 時 刻 の 状 況							
<p>うえの届書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は十分取り扱いに注意します。 なお、被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p>令和 年 月 日 提出</p> <p>被保険者住所</p> <p>被保険者氏名</p>							
備 考	<p style="text-align: right;">受 付 印</p>						

東京電子機械工業健康保険組合

社会保険労務士の提出代行者印	
	印