

健康保険被保険者証 滅失届

◎ この届出は、健康保険証を紛失または資格喪失した被保険者や被扶養者が健康保険証を滅失したため、返納できない場合に提出してください。

2024年 12月 10日提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	311	番号	99999	会社名	△△△株式会社			
						所属	〇〇〇〇支店			
	従業員番号	12345678				メールアドレス	kenpo.xg@kyowakirin.com			
	被保険者の 氏名(自署)	健保 太郎				生年月日	1990年	5月	1日	
	被保険者の 現住所	(〒123-4567)				日中連絡先(TEL)	03-9999-9999			
		東京都〇〇区〇〇丁目〇番〇号								
	対象者 氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 本人						続柄		
		<input type="checkbox"/> 家族	氏名					続柄		
			氏名					続柄		
			氏名					続柄		
被保険証を 滅失した日	2024年 12月 8日				被保険者証を 滅失した場所	コンビニ日本橋				
被保険者証を 滅失した事由 (詳しく)	通院の帰途に寄ったコンビニ店の駐車場付近で保険証の入った財布を落とした。									
届出先警察	千代田警察署				届出日	2024年	12月	9日		
上記のとおり、健康保険証を滅失しましたが、滅失した健康保険証を発見したときは、直ちにこれを返納します。 紛失した健康保険証によって保険給付に事故が発生したときは、責任をもって補償します。										
2024年 12月 9日 被保険者氏名(自署) 健保 太郎										

事 業 主 証 明 欄	上記の届出とおり健康保険証を滅失したため提出します。なお、健康保険証を回収したときは、ただちに返納いたします。							
	【提出日】	年	月	日				
	事業主所在地							
	事業主名称							
	事業主氏名							
社会保険労務士の 提出代行者								

《健保受付日付印》

健 保 記 入 欄	決裁年月日	常務理事	事務長	担当