経過	被保険者証の返納があったときは、その 年 月 日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	課(係)長	担当者
	被保険者証の資格を喪失した者であるときは、その年月日	令和　年　月　日				
	届出の種類	喪失・再交・更新・検認	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失		

健康保険　被保険者証滅失届

① 被保険者証の記号と番号	第　　号		
② 被保険者の氏名印		③ 被保険者の生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日生
④ 被保険者の現住所	〒　－		
⑤ 被保険者の資格を取得した日	年　月　日	⑥ 健康保険の被扶養者の有無	有・無
⑦ 被保険者の勤務する（していた）事業所	名称		
	所在地		
⑧ 被保険者証を滅失した年月日	令和　年　月	⑨ 被保険者証を滅失した場所	
⑩ 被保険者証を滅失した事由（詳しく）			

（被保険者証発見の際の返納誓約）

うえの届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名

健康保険の被保険者資格を取得した後の受診状況届

番号	ア 受診者	イ 被保険者と受診者の続柄	ウ 傷病名	エ 保険診療を始めた年月日	オ 保険診療をやめた年月日	カ 治癒又は未治癒の別	キ 保険診療を担当 氏名	住所
1								
2								
3								
4								
5								

うえのとおり相違ありません。

事業主の証明	
	被保険者　　が健康保険の被保険者証を滅失したこと、および被保険者の資格を取得した後の受診状況が、届出のとおり相違ないことを証明します。
	令和　年　月　日 住所 氏名 電話　局（　）　番

※ 受付日付印