

経	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				
過	届出の種類	喪失・再交・更新・検認		減失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失	

① 被保険者証の記号と番号	3030 第 3535 号	健康保険 被保険者証減失届			
② 被保険者の氏名印	関 連 三 郎		③ 被保険者の生年 月 日	昭和 平成 令和	50 年 3 月 6 日生
④ 被保険者の現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3				
⑤ 被保険者の資格を取得した日	平成 21 年 5 月 16 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	〇〇株式会社 〇〇事業所			
	所在地	東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇			
⑧ 被保険者証を減失した年月日	令和 4 年 4 月 15		⑨ 被保険者証を減失した場所	〇〇駅構内	
⑩ 被保険者証を減失した事由(詳しく)	会社帰りに駅構内で買い物をして帰宅。帰宅後、財布が無いことに気づく。会計の際、財布をカバンに入れ損ねたと思われる。				

(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減失しましたが、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 関 連 三 郎

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減失したこと、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