常務理事	事務長	課　長	係　長	係

健康保険 □ 被保険者証 □ 資格確認書 □ 高齢受給者証　滅　失　届

（注意事項）
この届書は、健康保険の被保険者証、資格確認書（高齢受給者証）を滅失したため、「被保険者資格喪失」「被扶養者（異動）」「氏名変更」の届出の際に、各証を返納することができない場合に、また、「再交付」の申請をする場合に、提出するものです。（再交付には、再交付申請書が必要となります。）

被保険者欄				
被保険者の	記　号	番　号	資格取得年月日	
			□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	
氏名	フリガナ		生　年　月　日	
			□ 昭和 □ 平成　年　月　日	
住　所 電話番号	（〒　　－　　） TEL　　（　　）			

滅失の対象者	氏　名	生　年　月　日	性別	備考
	フリガナ	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和	□ 男 □ 女	

紛失場所　あてはまる箇所にチェックをしてください。

□ 自宅　□ 誤って処分

□ 外出中の紛失・不明

外出中の紛失・不明にチェックをされた方は警察に届け出をしてください。既に届済みの方は横に記入ください。

遺失届受理番号
【　　】

紛失状況（詳しく）

被保険者欄	
	上記の者について、被保険者証・資格確認書（高齢受給者証）が滅失であるため届出いたします。 なお、被保険者証・資格確認書（高齢受給者証）を回収したときは直ちに返納いたします。 被保険者住所　（〒　　－　　） 被保険者氏名 被保険者電話番号　TEL　　（　　）

※被保険者欄の氏名は、被保険者が自ら署名する場合は捺印は不要です。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	