

健康保険被保険者証 滅失届

記号-番号	被保険者の氏名	生年月日				性別	資格取得日			
-		昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女	昭和 平成 令和	年	月	日
被保険者の勤務する (していた) 事業所の	名称									
	所在地	〒								

滅失の 対象となる方	氏	名	生年月日				性別	続柄	備考	
				昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		
				昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		
				昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		
				昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		
				昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		

滅失をした状況	(できる限り詳しく記入してください。いつ頃、どこで、何をしていた時等)
---------	-------------------------------------

令和 年 月 日提出

うえの届け出に記載したとおり、健康保険被保険者証を滅失いたしました。今後は十分取扱に注意します。

なお、滅失した健康保険被保険者証を発見した時には、ただちに返納いたします。

被保険者の 住所

氏名 本人記載確認

社会保険労務士の提出代行

東京都鉄二健康保険組合
(R3.6)

受付印

(注意事項)

- 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者本人が記載したことの確認のため「本人記載確認」欄にチェックをしてください。
- この届出は以下の場合に提出するものです。
 - 被保険者証を滅失したため、再交付をうける場合
 - 被保険者証を滅失したため、資格喪失届に添付して返納できない場合
 - 被保険者証の更新ないし、検認の際に提出または返納できない場合