

受付年月日	平成	年	月	日	交付年月日	平成	年	月	日			
健康保険組合				被保険者証の返納があったときはその年月日		平成				年	月	日
常務理事	事務長		担当者	被保険者の資格を喪失した者であるときはその年月日		平成				年	月	日

被保険者証 記号・番号	記号 番号	健康保険被保険者証滅失届										
被保険者の氏名と印		印	被保険者の生年月日	大正 昭和	年	月	日					
被保険者の現住所												
被保険者の勤務する (していた)部署名・Tel	部署名 Tel - -											
滅失した保険証は？	・ 本人被保険者証 ・ 家族被保険者証 (対象者氏名) ・ 限度額適用認定証 ・ 高齢受給者証											
滅失した年月日	平成	年	月	日	滅失した場所							
保険証を滅失した事由をできるだけ詳しく記載してください												

保険証を滅失した後の医療機関の受診状況届						
受診者氏名	続柄	傷病名	保険診療を始めた年月日	保険診療をやめた年月日	治癒又は未治癒	治療を受けた医療機関名
			年 月 日	年 月 日		
うえのとおり相違ありません。						
※ 被保険者氏名						印

(滅失した保険証発見の際の返納誓約)

うえの届書に記載したとおり保険証を滅失しましたが、この保険証を発見した時はただちに返納いたします。

※ 被保険者氏名

印

上記のとおり、被保険者から保険証を滅失したことおよび、保険証を滅失した後の受診状況の届出がありましたので提出します。

平成 年 月 日

事業主

印

- 注) ・ 滅失されて、再交付の場合は、滅失届と再交付願の両方を提出して下さい。
 ・ 盗難や外で滅失の方は、悪用のおそれもありますので最寄りの交番にもお届け下さい。
 ・ 上記、事業主(日本ハルビツ社/江東京人事サービス課)の証明が必要となりますので、事業主経由で送付して下さい。