

受付年月日	平成	年	月	日	交付年月日	平成	年	月	日
常務理事	事務長	課長	担当者	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
				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 000 番号 0000	健康保険被保険者証滅失届			
被保険者の氏名と印	健康 一郎	印	被保険者の証 生年月日	44年 8月 1日	印
被保険者の現住所	〒 000-0000 大阪市中央区000-0-0				
被保険者の勤務する (していた)部署名・Tel	部署名 0000部0000課 Tel 00 - 0000 - 0000				
健康保険の被扶養者の有無	有・無	滅失した保険証は?	被保険者証・遠隔地証・被保険者証と遠隔地証の両方 限度額適用認定証・高齢受給者証		
滅失した年月日	平成 〇年 〇月 〇日	滅失した場所	〇〇区の〇〇〇百貨店内		
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	〇年〇月〇日〇時ごろ、〇〇区の〇〇〇百貨店において、買い物中にカード入れとともに落とし、紛失しました				

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	治療又は未治療	治療を受けた医療機関名
健康 健太	長男	打撲	〇 〇 〇		治療中	△△△整形外科
うえのとおり相違ありません。						
※ 被保険者氏名 健康 一郎 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 健康 一郎 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(人事部 東京)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。