

0 : 被 保 険 者 証
 4 : 限度額適用・標準負担額減額認定証
 5 : 特定疾病療養受療証
 6 : 限度額適用認定証

滅 失 届

0

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

注4 この届出は「被保険者証」等の更新等で交換業務が発生した際に、返納すべき「被保険者証」等を滅失した場合に使用してください。

注5 「滅失届」は滅失した「被保険者証」等1枚につき1部作成してください。

注6 滅失の理由は、具体的に記入してください。

注7 滅失した被保険者証等が見つかった場合は、すみやかに健康保険組合に返納してください。

被保険者が自ら記入する場合は、被保険者の押印は省略可

(1)被保険者証の記号 (2)被保険者証の番号

0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
---------	-----------------

(3)勤務箇所	(4)被保険者氏名	印
〇 〇 駅	健 保 太 郎	

(5)被保険者証等を滅失した方の氏名 (6) (5)に該当する方の続柄

健 保 花 子	妻
---------	---

(7)滅失事由

事由記入欄
<p>保険証の取替えの際に今まで使用していた保険証が紛失していることに気づき、心あたりを探しましたが、発見できず、警察にも届出を出しました。しかし、1週間を過ぎた現在も見つかっておりません。今後、このようなことのないよう保険証の管理には十分注意を払います。</p>

事業主 特記事項欄	
--------------	--

上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日	事業所 使用欄	箇所長	電 話	健保担当課
所在地 〒			①	—	①
名 称	①	事業主整理番号			
事業主名					