

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

- 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	(3)勤務箇所	(4)被保険者氏名	印							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>						<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					

(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

(7)滅失事由

事由記入欄

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	簡 所 長	電 話	健 保 担 当 課
所在地 ー		(印)		ー	(印)
名 称	(印)	事業主整理番号			
事業主名					