

0 : 被 保 險 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 滅 失 届
 6 : 限 度 額 適 用 認 定 証
 7 : 資 格 確 認 書

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 この届出は資格喪失等の際に、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。

(1)被保険者等記号 (2)被保険者等番号

0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0

(3)勤務箇所

(4)被保険者氏名

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

**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。**

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

所 在 地 庁 一

名 称

事 業 主 名

事業所
使用欄

簡 所 長

電 話

健 保 担 当 課

事業主整理番号