| | 常務理事 | 事務長 | 主任 | 担当 |
|---|---|---|---|---|
| 健保組合<br>使用欄 | | | | |

**滅失による再交付申請がない場合の届出様式**

# 健康保険 （□被保険者証 □限度額適用認定証 □高齢受給者証 □特定疾病療養受領証） 滅失届

■被保険者証を自宅以外の場所で紛失した場合は、必ず警察署へ届出をおこなってください。
■記入見本を参照し、記入漏れのないよう記入してください。
■万が一、発見に至った場合には直ちに返納してください。

下記の通り、滅失しましたので、届出します。
なお、滅失した各種証を発見した場合には、直ちに返納します。

| ■記入日 | 令和　　年　　月　　日 |
|---|---|

□滅失による再交付申請なし（□へ✔をいれてください）

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ■被保険者 | 被保険者証の記号番号 | ― | フリガナ<br>被保険者氏名 | | | | |
| ■滅失者 | フリガナ<br>滅失者氏名 | | 続柄 | | 生年月日 | 昭和<br>平成　　年　　月　　日<br>令和 | |
| | 被保険者の現住所 | 〒　　－ | | | | | |
| | 事業所名 | | | | | | |

■滅失したときの状況
（いつ、どこで、どのようにして等出来るだけ詳しく記入してください）

| 【警察署への届出詳細】 | （被保険者証滅失の場合必要） | ■被害（盗難）届、または遺失物届を出した詳細を記入してください。<br>警察署名　【　　】<br>届出受付日　【令和　　年　　月　　日　】<br>届出受理番号　【　　】<br>受付担当者名　【　　】 |
|---|---|---|

| 事業主証明欄 | 上記に記載したとおり、被保険者から申請がありましたので届出します。<br>事業所名称<br>事業所所在地　〒<br>事業主名 |
|---|---|