

※ 経過	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	常務理事	事務長	課(係)長	抜 者	被 保 険 者 台 帳 照 合 印
	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					
過	書類の種類	喪失・再交・更新・検認		減失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失		

1. この届出書は、健康保険の被保険者資格喪失届を提出するに当たって、被保険者の氏名、住所、勤務先、被保険者証を減失した年月日、減失した場所、減失事由を記載し、被保険者証を返納する場合は、被保険者証を添付し、返納する旨を記載し、提出してください。

2. 健康保険の被保険者資格喪失届を提出するに当たって、被保険者の氏名、住所、勤務先、被保険者証を減失した年月日、減失した場所、減失事由を記載し、被保険者証を返納する場合は、被保険者証を添付し、返納する旨を記載し、提出してください。

3. 「健康保険の被保険者資格を取得(又は扶養認定された)後の受診状況届」には、この健康保険の被保険者資格を取得(又は扶養認定された)後の受診状況を記載してください。

4. ※記載して下さない。なお、全く受診しないときは「該当せず」

健康保険被保険者証減失届

① 被保険者証の記号番号 第 ○○○○ 号

② 被保険者の氏名印 **健保 太郎** (健保) 生年月日 大正 昭和 ○○年 ○○月 ○○日生

⑤ 被保険者の現住所 **○○県 ○○市 ○○町 1-1**

⑥ 被保険者証を減失した人の氏名 **健保 太郎** ⑦ 被保険者証を減失した人の資格を取得した日、又は扶養認定された日 昭和 ○○年 ○○月 ○○日 (健保)

⑧ 被保険者の勤務する(していた)事業所の名称 **株式会社 ○○○○** 所在地 **○○県 ○○市 ○○町**

⑨ 被保険者証を減失した年月日 平成 ○○年 ○○月 ○○日 ⑩ 被保険者証を減失した場所 **○○○駅**

⑪ 被保険者証を減失した事由 (詳しく) **切符を買おうとしてバックからお財布を取り出した際に落としました**

(被保険者証発見の際の返納誓約)

うへの届書に記載したとおり被保険者証を減失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者 氏名

健保 太郎 (健保)

健康保険の被保険者資格を取得(又は扶養認定された)後の受診状況届

番号	⑦ 受診者氏名	① 被保険者と被診者の続柄	② 傷病名	④ 保険診療		⑤ 治療又は未治療の別	⑥ 保険診療を担当した保険医	
				開始年月日	終了年月日		氏名	住所(都市区名)
1	健保 太郎	本人	風邪	年 月 日 ○○ ○○ ○○	年 月 日 ○○ ○○ ○○	治療	○○ ○○	○○○市
2								
3								
4								
5								

うへのとおり相違ありません。

被保険者 氏名 **健保 太郎** (健保)

※

受付日付印

事業主の証明

被保険者(被扶養者) が健康保険の被保険者証を減失したこと、および被保険者の資格を取得(又は、扶養認定された)後の受診状況が、届出のとおり、相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

住所

氏名

電話 局 () 番