

※	経	被保険者証の返納があったときは、その年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	被保険者 台帳照合印
		被保険者証の資格を喪失した者であるときは、その年月日	令和 年 月 日				
過	届書の種類	喪失・再交・更新・検認		滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失		

①	被保険者証の記号と番号	記号..... 番号	健康保険 被保険者証滅失届				
②	被保険者の漢字氏名			③ 被保険者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生	
④	被保険者の住民票住所						
⑤	被保険者の資格取得日	年 月 日		⑥ 健康保険の被扶養者の有無	有 ・ 無		
⑦	被保険者の勤務する(していた)事業所の名称と所在地	⑦ 名称					
		⑧ 所在地					
⑧	被保険者証を滅失した年月日	令和 年 月 日	⑩ 被保険者証を滅失した者の名前				
⑨	被保険者証を滅失した事由(詳しく)						

1. この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合、又は検認の際に被保険者証を返納することのできない場合に提出するものです。  
 2. ③の昭和・平成・令和の別および⑥の有無欄は、該当する文字を丸でかこんで下さい。

健康保険の被保険者資格を取得した後の受診状況届												
①	受診者氏名	② 続柄	③ 傷病名	④ 保険診療を始めた年月日			⑤ 保険診療をやめた年月日			⑥ 治癒又は未治癒の別	⑦ 保険診療をした医療機関	
				年	月	日	年	月	日		医療機関名	住 所 (都市区名)
1												
2												
3												
4												
上記、届出の内容に相違はありません。 記載のとおり被保険者証を滅失しましたが、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。 <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p>												

3. 「健康保険の被保険者資格を取得した後の受診状況届」には、この届書を提出する日の前六箇月間に受診したすべての傷病について記載して下さい。なお、全く受診しないときは、「該当せず」と記載して下さい。  
 4. ※印欄は、記入しないで下さい。

事業主の証明	上記、届出内容が相違ないことを証明します。		
	令和 年 月 日		
	住 所		
	事業所名		
	事業主名		
	電 話	局 ( )	番

受 付 印

