

《資格喪失後の提出用・・・保険証を紛失して返納できないとき》

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証滅失届

健康保険証の記号・番号		記号	〇〇	番号	××××	事業所名	〇〇〇株式会社 △△工場					
被保険者の氏名		健保 太郎			被保険者の住所		大阪市〇〇区××町1-1-1					
回収不能等の対象者	氏名		生年月日			性別	続柄	高齢受給者証の添付	滅失したと思われる場所・年月日・理由			
	被保険者	(氏) 健保	(名) 太郎	昭平令	5	0	1	1	男 1. 女 2.	本人	有・無	いつもの保管場所になく、探したが見つからなかった。
	被扶養者	(氏) 健保	(名) 花子	昭平令	5	1	2	4	男 1. 女 2.	妻	有・無	上記に同じ
	被扶養者	(氏)	(名)	昭平令					男 1. 女 2.		有・無	
	被扶養者	(氏)	(名)	昭平令					男 1. 女 2.		有・無	
被扶養者	(氏)	(名)	昭平令					男 1. 女 2.		有・無		

レンゴー健康保険組合理事長 殿

私がこのたび滅失した健康保険証については、健康保険法に定める責任を負い、当届を提出後も誠意をもって発見に努め、発見したときは、直ちに返納いたします。なお、資格を喪失した日以降に被保険者証を使用して診療を受けた場合は、その診療に係る保険給付費の全額を健康保険組合に返還いたします。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者氏名 健保 太郎

上記の申請について、事実相違ないことを証明します。

令和 △ 年 △△ 月 △ 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

大阪市北区〇〇
〇〇〇株式会社
保険 一郎