常務理事	事務長	担当者

健康保険　被保険者証　滅失・き損届

※マイナ保険証を保有せず、資格確認書が必要な方は「資格確認書（再）交付申請書」も別途ご提出ください。

被保険者等記号・番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日
―		昭・平・令　年　月　日

被保険者の住所		事業所名	

滅失・き損対象者		氏名	生年月日	続柄	原因
	被保険者		昭・平・令　年　月　日		滅失　・　き損
	被扶養者		昭・平・令　年　月　日		滅失　・　き損
	被扶養者		昭・平・令　年　月　日		滅失　・　き損
	被扶養者		昭・平・令　年　月　日		滅失　・　き損

理由（詳細に記入してください。）	いつ：　どこで： どうなった：	警察への届出 （　　）警察署 受理番号（No.　　）

誓約書（滅失の場合に記入してください）	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。 **被保険者氏名**

上記の申請について、事実に相違ないことを証明します。

年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

※き損の場合はこの申請書にき損した被保険者証を添付してください。