常務理事	事務長	係

健康保険 被保険者証
健康保険 高齢受給者証
健康保険 限度額適用認定証
健康保険 資格確認書

滅失・き損届
(滅失・き損して返却できないとき)

提出日	令和 年 月 日		
被保険者等	記号		被保険者氏名
	番号		
滅失・き損した証等の種類	※該当するものに✓をしてください。 ☐ 健康保険被保険者証（カード） ☐ 健康保険高齢受給者証 ☐ 健康保険限度額適用認定証 ☐ 健康保険資格確認書		
滅失・き損した対象者	続柄	氏名	続柄
滅失・き損した際の状況	いつ、どこでなくなったか等、詳細を記入 ※盗難届・遺失届受理番号 () 警察・交番 受理番号 ()		

*下記内容をご確認のうえ、署名・捺印をしてください。（自署の場合は捺印不要）

上記に記載したとおり、被保険者証等を滅失いたしました。滅失した被保険者証等を発見した際はただちに返納いたします。

被保険者氏名 _____ 印 _____

事業主（会社）記入欄	
上記のとおり、被保険者が健康保険の被保険者証等を滅失したことに相違ないことを証明します。	
事業所	所在地
	名称
事業主氏名	印

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者記入欄	印
------------------	---

【個人情報の取り扱いについて】

本申請に記載された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。