

健康保険被保険者証滅失届

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

受 付 日 付 印	雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC
	伺 令和 年 月 日				
	常務理事		事務長		係

令和 X年 X月 X日提出

記 号	1010	被 保 険 者 氏 名	健 保 太 郎
番 号	99999	生 年 月 日	昭・平 XX年 X月 X日

被保険者住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3
--------	---------------------------

資格喪失年月日	令和 X年 X月 X日
---------	-------------

滅失した者の氏名 生年月日 続柄	氏名	生年月日	続柄
	健保 太郎	昭・平・令 XX年 X月 X日	本人
健保 花子	昭・平・令 XX年 X月 X日	妻	
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		

滅失の具体的理由

令和 X年 X月 X日に引っ越した際、誤って破棄したものとされます。
(滅失した時期、場所、状況など具体的に)

<届出した警察名> 〇〇警察署 <受理番号> 〇〇〇

健康保険法施行規則第 51 条の規定により、被保険者証を返納すべき義務があるにもかかわらず、被保険者証を滅失したため、返納することができません。

被保険者証を発見したときは、ただちに貴組合に返納することを誓約いたします。

被保険者氏名 健保 太郎

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	(事業主の証明) 未記入のまま提出してください。 提出先：SATO 社会保険労務士法人 もしくは 各会社の健康保険担当部門（人事・総務／担当者） *健康保険組合へ提出ではありません。提出先については各会社の健康保険担当部門（人事・総務／担当者）へお問い合わせください。
--------------------------	---

※この届出は、資格喪失の際に被保険者証をなくしてしまっていて返納することができない場合、または被保険者証の更新の際に被保険者証を返納することができない場合に提出してください。

※警察に届出して（遺失届・盗難届）受理番号を記入してください。