常務理事			担当者

健康保険　滅失届

（資格確認書・高齢受給者証・限度額認定証・特定疾病療養受療証）

被保険者が記入するところ

被保険者証等の記号番号	記号	生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日
	番号		
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	住所	〒　－
		電話番号	－　－
該当者（該当するものに☑を）	□ 被保険者　□ 被扶養者	従業員番号	

氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	紛失した証（該当の証に✓）
					□ 資格確認書 □ 高齢受給者証 □ 限度額適用認定証 □ 特定疾病療養受療証
					□ 資格確認書 □ 高齢受給者証 □ 限度額適用認定証 □ 特定疾病療養受療証
					□ 資格確認書 □ 高齢受給者証 □ 限度額適用認定証 □ 特定疾病療養受療証

滅失したときの状況(※できるかぎり具体的にご記入ください。)

警察への届出状況	□ 有 □ 無	届出先	警察署	受付番号	届出日	令和　年　月　日

上の届出に記載したとおり証を滅失いたしましたが、今後は取扱いに十分注意いたします。なお、紛失した証を発見したときは、ただちに旧証を返却します。

※この届出は私が作成したものであり、記載内容に誤りがない事を確認しています。

年　月　日　被保険者署名

（事業主証明欄）

上記の申請について相違ないことを証明いたします。

年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話

社会保険労務士の提出代行者記載欄	

受付日付印