※経過	被保険者証の返納があったときはその年月日	平成　年　月　日	常務理事	事務長	課(係)長	扱者		被保険者台帳照合印
	被保険者の資格を喪失した者であるときは、その年月日	平成　年　月　日						
	書類の種類	喪失 ・ 再交 ▪ 更新 ▪ 検認	滅失事由の種類	盗難 ・ 遺失 ・ 焼失 ・ 紛失				

健康保険被保険者証滅失届

①被保険者証の記号と番号	第　　号			
②被保険者の氏名印		③印	④生年月	大正 昭和 平成　年　月　日生
⑤被保険者の現住所				
⑥被保険者証を滅失した人の氏名		⑦被保険者証を滅失した人の資格を取得した日、又は扶養認定された日		昭和 平成　年　月　日
⑧被保険者の勤務する(していた)事業所の	㋐名称			
	㋑所在地			
⑨被保険者証を滅失した年月日	平成　年　月　日	⑩被保険者証を滅失した場所		
⑪被保険者証を滅失した事由(詳しく)				

(被保険者証発見の際の返納誓約)

うえの届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者　氏名　　㊞

1. この届出書は、健康保険の被保険者を滅失したため、再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合又は被保険者証の更新ないし検認の際に被保険者証を提出又は返納することのできない者が有効被保険者証の再交付を受けるため提出するものです。
2. ④の大正・昭和・平成の別および⑦の昭和・平成の別は、該当する文字を丸でかこんでください。
3. 「健康保険の被保険者資格を取得した/扶養認定された後の受診状況届」には、この届出を提出する日の前六箇月間に受診した全ての傷病について記載して下さい。なお、全く受診しないときは「該当せず」と記載して下さい。
4. ※欄は記入しないで下さい。

健康保険の被保険者資格を取得(又は扶養認定された)後の受診状況届

番号	㋐受診者氏名	㋑被保険者と受診者の続柄	㋒傷病名	㋓保険診療を始めた年月日	㋔保険診療をやめた年月日	㋕治癒又は未治癒の別	㋖保険診療を担当した保険医 氏名	住所(都市区名)
1				年　月　日	年　月　日			
2								
3								
4								
5								

うえのとおり相違ありません。　　被保険者　氏名　　㊞

※受付日付印

事業主の証明	被保険者(被扶養者)　　が健康保険の被保険者証を滅失したこと、および被保険者の資格を取得(又は、扶養認定された)後の受診状況が、届出のとおり、相違ないことを証明します。
	平成　年　月　日
	住所
	氏名　　㊞
	電話　局(　)　番