

健康保険 被保険者証 紛失届 (資格喪失、一斉更新時、その他)

太枠内のみ記入

令和 年 月 日提出

被 保 険 者	記号		番号 (社員番号)				フリガナ		男・女	生 年 月 日	資格取得年月日	職場記号	内線	
	1	3					氏 名			昭和・平成 年 月 日	昭・平・令 年 月 日			
	被保険者の住所 (退職後の連絡先)		〒 TEL ()											
	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)									備 考 欄				
資格喪失年月日		令和 年 月 日 (退職日の翌日を記入)				紛失した 対象者		1 被保険者(本人) 2 被扶養者(家族) ⇒ 「紛失した被扶養者」 3 両 方 ⇒ 欄に記入				紛失 枚数	枚	
紛失した年月日		年 月 日	紛失した場所				紛 失 し た 被 扶 養 者	フリガナ	性別	生 年 月 日		続 柄		
								氏 名						
									男・女	昭 平 令	年 月 日			
									男・女	昭 平 令	年 月 日			
									男・女	昭 平 令	年 月 日			
<紛失の状況をくわしく記入>														
紛失・盗難〔 月 日、 警察署・派出所届出、受付No 〕														
上記に記載したとおり、被保険者証を紛失しました。 なお、この被保険者証を発見した時は、直ちに返納いたします。 また資格喪失後の診療費が発生した場合は、責任をもって診療費を返納いたします。														
被保険者氏名 ㊞														

注意 1. 盗難等により紛失したときは、早急に警察に届出してください。紛失した被保険者証の悪用を阻止する手だては現在のところありません。
2. 届出後、被保険者証が見つかった時は紛失届に該当する被保険者証を返却してください。

受付印

上記のとおり被保険者から紛失届がありましたので届出します。	
令和 年 月 日	事業所担当者
事業所所在地	
事業所名	
事業主(代理人)名	
電 話	

被保険者証の返納 があった年月日	年 月 日
---------------------	-------

常務理事	事務長	主 任	事 務	事 務	担当者
					電算処理