

健康保険 被保険者証 高年齢受給者証 滅失届

この届出書は被保険者証または高年齢受給者証を滅失したため返納することができない場合に提出するものです。

提出日：令和 年 月 日

被保険者情報	記号	番号	生年月日			性別	
			昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	(フリガナ)					
	住所	〒 -			電話	( )	
届出の事由	<input type="checkbox"/> 資格喪失(令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 各種変更(訂正) <input type="checkbox"/> 扶養取消(令和 年 月 日)						

滅失した被保険者証について	<input checked="" type="checkbox"/> 欄	滅失した方	生年月日	性別	続柄	滅失した証の種類		
	<input type="checkbox"/>	被保険者分	/		本人	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証		
	被扶養者氏名		昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証
			昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証
			昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証
			昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証
滅失理由								

上記のとおり被保険者証または高年齢受給者証を返納することができないため届け出ます。

尚、滅失した被保険者証または高年齢受給者証を発見したときはただちに返納いたします。

事業主欄	事業所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	( )

社会保険労務士の提出代行者印	
----------------	--

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
-----

受付日付印

常務理事	事務長		担当

本書面に記載された内容や本申請において知り得た個人の情報について、他の目的のために利用したり第三者に提供することはありません。