

常務理事	事務長	部長	課長	合議	係

# 健康保険被保険者証 滅失届

## 高年齢受給者証

1. この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため、「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、  
 2. もしくは任意継続終了の際に、被保険者証を返納することができない方が提出するものであります。  
 3. ①、②の元号の文字、滅失した人すべてを、その種類を返納するに当たって、それぞれ提出するものを○で囲んでください。

① 被保険者の氏名・住所等	被保険者証の記号番号	-			
	被保険者の氏名	生年月日	昭和 平成	年	月 日
	被保険者の住所	〒 _____ 自宅： _____ _____ 携帯： _____			
② 被保険者証を滅失した者の氏名等	滅失した証の種類	氏名	生年月日	続柄	
	1. 被保険者証		昭和 平成	年	月 日
	2. 高年齢受給者証		令和		
	1. 被保険者証		昭和 平成	年	月 日
	2. 高年齢受給者証		令和		
	1. 被保険者証		昭和 平成	年	月 日
2. 高年齢受給者証		令和			
被保険者の資格を取得した日	昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
被保険者証を滅失した理由(詳しく)					
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
〔被保険者証発見の際の返納誓約〕					
上の届書に記載したとおり被保険者証等を滅失しましたが、この被保険者証等を発見したときは、ただちに返納します。					
被保険者氏名 _____					

受付日付印

事業主が証明するところ	上記のとおり、健康保険被保険者証等を滅失したことに相違ないことを証明します。
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	事業所所在地
	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