

経	被保険者証の返納があったときは、その年月日	平・令 年 月 日	常務理事	事務長	課(係)長	扱 者		被 保 険 者 印 台帳照合印
	被保険者証の資格を喪失した者であるときは、その年月日	平・令 年 月 日						
過	届書の種類	喪失・再交・更新・検認		滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失			

① 被保険者証の記号と番号	----- 第 号	健康保険 被 保 険 者 証 滅 失 届						
② 被保険者の氏名印		③ 印	④ 被保険者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	生
⑤ 被保険者の現住所								
⑥ 被保険者の資格を取得した日	年	月	日	⑦ 健康保険の被扶養者の有無	有	・	無	
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・令 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

㊞

健康保険の被保険者資格を取得した後の受診状況届

番号	(ア) 受信者氏名	(イ) 被保険者と受診者との続柄	(ウ) 傷病名	(ニ) 保険診療を始めた年月日		(ホ) 保険診療をやめた年月日		(ハ) 治ゆ又は未治ゆの別	(ヘ) 保険診療を担当した保険医	
				年	月	日	年		月	日
1										
2										
3										
4										
5										

うえのとおり相違ありません。 被保険者氏名 ㊞

事業主の証明	被保険者 _____ 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した後の受診状況が、届け出のとおり相違ないことを証明します。
	住所 _____ 令和 年 月 日 氏名 _____ 電話 _____ 局 () _____ 番

* 受付日付印

事業所担当者印

社会保険労務士記載欄

1. この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため、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しないしは検認の際に被保険者証を提出又は返納することが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の昭和・平成・令和の別および⑦の有無欄は、該当する文字を丸でかこんで下さい。
3. 「健康保険の被保険者資格を取得した後の受診状況届」には、この届書を提出する日の前六箇月間に受診したすべ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. ※印欄は、記入しないで下さい。