

健康保険被保険者証 滅失／き損 届

常務理事	部(次)長	課長	課長代理	係長	係員

◎記入方法は裏面を参照してください。
◎※印欄は記入しないでください。

① 健康保険の記号	② 健康保険の番号	⑦ 被保険者の氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 昭. 5 年 月 日 平. 7	④ 資格取得年月日 昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9
⑧ 被保険者の住所			⑨ 備考	

対象となる者	被保険者欄	④ 氏名	⑤ 生年月日	⑥ 続柄	④ 滅失・き損の別	⑦ 備考	
			上記に同じ	本人	1. 滅失 3. その他 () 2. き損		
	被扶養者欄			昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9		1. 滅失 3. その他 () 2. き損	
				昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9		1. 滅失 3. その他 () 2. き損	
				昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9		1. 滅失 3. その他 () 2. き損	
			昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9		1. 滅失 3. その他 () 2. き損		

確認欄	この届出については①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	①被保険者本人が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認している。

上記のとおり健康保険被保険者証を 滅失／き損 しましたので届出いたします。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	() 番

令和 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

※マイナ保険証がなく「資格確認書」の交付が必要な方は、別途「資格確認書(再) 交付申請書」を添付してください。

【 記 入 方 法 】

1. ③、④及び⑤の年号は、該当する元号を○で囲んでください。

生年月日は、例えば昭和47年9月16日生まれの場合は、

昭. 平. 令.	5 7 9	年	4	7	月	0	9	日	1	6
----------------	-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

と記入してください。

2. ④滅失・き損の原因は、該当する番号「1. 滅失」、「2. き損」、「3. その他」を○印で囲んでください。
「3. その他」の場合は、()内に原因を記入してください。
3. ⑤被保険者との続柄は、「夫」、「妻」、「長男」、「長女」、「父」、「母」などと記入してください。
4. この届出を行うに当たっては、確認欄に□✓を付してください。

※ 「1. 滅失」以外による届出の場合は、健康保険被保険者証を添付してください。