

# 健康保険被保険者証 滅失／き損届 <任継用>

常務理事	部(次)長	課長	課長代理	係長	担当者

◎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		③ 生年月日			④ 資格取得年月日				
		(氏)	(名)	昭. 5	年	月	日	昭. 5	年	月	日
				平. 7				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 2. き損 3. その他 ( )	
	被扶養者欄	④ 氏名	⑤ 生年月日	⑥ 続柄	④ 滅失・き損の別	⑦ 備考
			昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9		1. 滅失 2. き損 3. その他 ( )	
			昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9		1. 滅失 2. き損 3. その他 ( )	
		昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9		1. 滅失 2. き損 3. その他 ( )		

※マイナ保険証がなく「資格確認書(再) 別途「資格確認書」の交付が必要の方は、  
「資格確認書」の交付が添付してください。

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。

被保険者住所	
被保険者氏名	
電話番号	( )

令和 年 月 日 提出  
受付日付印

## 【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。

※ 「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。