

常務理事	事務長	担当

被保険者証 滅失・毀損 届

										令和 6 年 12 月 14 日 提出																		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号番号		記号	1		生年月日	昭和 平成		年	4	7	月	1	0	日	1	2	資格取得 年月日	平 令	年	2	5	月	1	2	日	0	1
			番号	〇〇〇〇			平成		4	7	1	0	1	2	2	5	1		2	0	1							
	被保険者 氏名		フリガナ	ケンポ タロウ		被保険者 住所	〒 104-0031 東京都中央区……																					
			健保 太郎		電話 03 (1234) 5678																							
	所属事業所 及び部署		デクセリアルズ株式会社 〇〇〇〇																									
	提出理由 (該当するものに○を)		① 滅失 ② 紛失 ・ 盗難 ・ 資格喪失時 (退職等) (喪失年月日: 年 月 日) 2. 毀損																									
	該 当 者 (該当するものに○を)		1. 被保険者分 ② 被扶養者分																									
該当者が被扶養者 の場合記入		フリガナ	ケンポ ハナコ		続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和		年	4	8	月	0	3	日	2	0										
		健保 花子																										
滅失または毀損した ときのその状況		※できるだけ具体的にご記入ください スーパーで買い物中、カートに財布を入れたバッグを掛けていたら、 目を離した隙に紛失していた。 その時、財布に入っていた健康保険証も一緒に紛失した。																										
警察への届出状況		有 ・ 無		届出先	中央		警察署	届出日	令和 6 年 12 月 10 日																			

◎被保険者証の毀損のための届出であるときは、毀損した被保険者証を、この届に添付してください。

被保険者証滅失届 (滅失の場合のみ記入)	
上記の届に記載したとおり、被保険者証 (以下「保険証」という) を滅失しました。 今後は取扱に十分注意し、これらの保険証を発見したときは、ただちに返納します。 なお、滅失した保険証によって保険給付等に事故が発生したときには一切の責任を負います。	
令和 6 年 12 月 14 日	被保険者氏名 健保 太郎

事 業 主 の 証 明	上記の申請について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	事業主の証明欄
	事業主氏名	
電話		

社会保険労務士記載欄	
氏 名 等	
社会保険労務士の 証明欄	

受付日付印