

健康保険

被 保 険 者 証 滅 失 届

被保険者（申請者）記入用

下記の事由に該当するため、届出します。申請日 年 月 日

保険証滅失のため返却できないとき

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください											
	氏名	(フリガナ)			生年月日			年	月	日					
					☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和										

滅失した時の状況	
----------	--

対 象 者 欄	氏 名	(フリガナ)	続 柄		生年月日			年	月	日
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和								
	氏 名	(フリガナ)	続 柄		生年月日			年	月	日
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和								
	氏 名	(フリガナ)	続 柄		生年月日			年	月	日
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和								
	氏 名	(フリガナ)	続 柄		生年月日			年	月	日
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和								

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から滅失の申出がありましたので届出します。	年 月 日
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	