

健保使用欄			
常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険被保険者証滅失届（退職者用）

被保険者証の記号－番号		事業所名称		
—				
被保険者氏名	フリガナ ⑩	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
現住所	〒	電話番号		
資格取得年月日	平成・令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日	
滅失日時	令和 年 月 日	場所：		
滅失した被保険者証				
氏名	続柄	氏名	続柄	備考
滅失した状況（できるだけ詳細に）				
上記のとおり、被保険者証を滅失いたしましたので、お届けします。 なお、発見した場合には、遅滞なく返納いたします。				
令和 年 月 日				
被保険者氏名 ⑩				

上記に相違ありません
令和 年 月 日
事業主 ⑩

受付印