

経過	被保険者証の返納があったときは、その年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長	担当者	担当者
	被保険者証の資格を喪失した者であるときは、その年月日	令和 年 月 日					

被保険者証の記号と番号	健康保険 被保険者証滅失届						
被保険者の氏名	印		生年月日		昭・平 年 月 日生		
滅失した被保険者証の氏名	性別		生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日生		
被保険者の資格を取得した日	昭・平 年 月 日		健康保険の被扶養者の有無		有 ・ 無		
被保険者の勤務する(していた)事業所の	名称						
	所在地						
被保険者証を滅失した年月日	令和 年 月 日	被保険者証を滅失した場所					
被保険者証を滅失した事由(詳しく)							

(被保険者証発見の際の返納誓約)
うえの届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名 印
健康保険の被保険者・被扶養者資格を取得した後の受診状況届

番号	受診者氏名	被保険者と受診者との続柄	傷病名	保険診療を始めた年月日		保険診療をやめた年月日		治癒又は未治癒の別	保険診療を担当した保険医	
				年	月	日	年		月	日
1										
2										
3										
4										
5										

うえのとおり相違ありません。 被保険者氏名 印

事業主の証明	被保険者・被扶養者が健康保険の被保険者証を滅失したこと、および被保険者との資格を取得した後の受診状況が、届け出のとおり相違ないことを証明します。	
	令和 年 月 日	
	住所氏名	印
	電話 ()	番

受付日付印