

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	〇〇〇〇 〇〇〇〇-〇〇	健康保険 被 保 険 者 証 滅 失 届					
被 保 険 者 の 氏 名	健康 太郎		印	生 年 月 日	昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日生		
滅失した被保険者証の氏名	健康 花子		性 男 別 女	生 年 月 日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日生		
被保険者の資格を取得した日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	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	〇〇〇〇〇株式会社						
所在地	東京都〇〇区〇〇町〇-〇						
被保険者証を滅失した年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者証を滅失した場所	不明				
被保険者証を滅失した事由(詳しく)	財布の中に保険証を携帯していたが、財布を落とした為						

(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 〇〇〇〇〇 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	
							氏 名	住 所 (郡市区名)
1	澁澤 花子	妻	〇〇〇〇〇	年 月 日 〇 〇 〇	年 月 日		〇〇〇〇〇	〇〇市
2								
3								
4								
5								

うえのとおり相違ありません。 被保険者氏名 健康 花子 印

事業主の証明	被保険者・被扶養者 健康花子 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。	令和〇〇年〇〇月〇〇日
	住 所 〒〇〇〇〇-〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇-〇	
	氏 名 〇〇〇〇〇株式会社 総務部長 〇〇〇〇 印 電 話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 番	

受付日付印

澁澤健康保険組合