

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	性別	男・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 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		治療又は未治療の別	保険診療を担当した保険医	
				を始めた年月日	をやめた年月日		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	上記のとおり健康保険被保険者証の回収ができない届出を提出いたします。今回の回収不能の健康保険被保険者証によって保険給付事故発生の場合は事業主において責任を負います。	
	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