

経過	No.	常務理事	事務長	課長	係長	担当
	被保険者証の返納があった時はその年月日	年 月 日				
	被保険者が資格喪失した場合はその年月日	年 月 日				
届出書の種類	喪失・再交付・更新・検認		滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失		

① 健康保険者証の記号と番号	記号 47 番号 1	健康保険被保険者証滅失届				
② 被保険者の氏名	健保 太郎	③	④ 被保険者の生年月日	昭和 平成	35年 12月 5日生	
⑤ 被保険者の現住所	東京都〇〇区西〇〇1-8-1 〇〇ビル501					
⑥ 被保険者証滅失該当者の氏名・生年月日	⑦ 続柄	⑧ 該当者の現住所				
健保 一男 昭・平・令 5年 10月 18日	長男	東京都〇〇区西〇〇1-8-1 〇〇ビル501				
昭・平・令 年 月 日						
昭・平・令 年 月 日						
昭・平・令 年 月 日						
⑨ 被保険者証を滅失した日	2019年 10月 1日	⑩ 被保険者証を滅失した場所	不明			
⑪ 被保険者証を滅失した事由(詳しく)	財布と一緒に入っていたが財布ごと落としてしまった					

うえの届書に記載したとおり被保険者証を滅失いたしました。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 **健保 太郎**

滅失該当者の直近の受診状況届

番号	⑦傷病名	①保険診療を始めた年月日			②保険診療をやめた年月日			③治癒又は未治癒の別	④ 保険診療を担当した保険医	
		年	月	日	年	月	日		氏名	住所(郡市区名)
1										
2										
3										
4										

うえのとおり相違ありません。 被保険者氏名

事業主の証明	被保険者 健保 太郎 が健康保険の被保険者証を滅失したこと、および被保険者の資格を取得した後の受診状況が、届出のとおり相違ない事を証明します。
	2019年 10月 1日
	住所 東京都〇〇区1-8-1
	氏名 代表取締役 仁本 一朗
	電話 03 (3343) 6271

受付日付印

- この届出書は、健康保険の被保険者証を滅失したため再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することが出来ない場合、又は被保険者証の更新ないしは検認の際に被保険者証を提出又は返納できない者が有効被保険者証の再交付を受けるために提出するものです。
 - ④⑦の生年月日の別は該当する文字を丸でかこんでください。
 - 健康保険の被保険者資格を取得した後の受診状況届にはこの届出を提出する日の前6ヵ月間に受診したすべての傷病について記載してください。なお、全く受診しないときは「該当せず」と記載してください。
 - ※欄は記入しないでください。
- ◎ 被保険者の印は、被保険者が自ら署名する場合は不要です。