

提出先: 会社人事担当
任意継続者は健保組合

理事長	常務理事	事務局長	担当

健康保険(被保険者証・被扶養者証)滅失届

保険証記載の2桁の
番号を記入

保険証記載の4桁の
番号を記入

記号 10 番号 1234	番号 7226	氏名 健保 太郎
住所 香川県高松市新田町甲34		

滅失の理由、必要事項を記入してください。

滅失(紛失)した状況を記入してください。
外出先のコンビニで財布に入れていた保険証を紛失した。

警察への届け出状況
届け出先(高松北 **警察署**) 派出所・駐在所
届け日 (令和 **4** 年 **6** 月 **1** 日)

3、その他 (具体的な理由を記入してください。)

紛失した状況・場所など具体的に記入してください

自宅以外で保険証を紛失した場合は必ず警察へ連絡してください。

届け出た警察・日時を記入してください

申請の対象者

1、本人
2、家族(氏名) **健保 花子**
3、家族(氏名)
4、家族(氏名)
5、家族(氏名)

保険証を紛失し、返却できない方の氏名を記入してください。ご本人の場合は氏名不要

滅失した場合に署名・捺印をお願いします。

念書

上記に記載のとおり、健康保険証を滅失、返却できない事に相違ありません。この健康保険証について万一、事件・事故が起こった場合はすべて自己責任とします。

なお、滅失した健康保険証を発見した場合は速やかに返却します。

令和 **4** 年 **6** 月 **2** 日 被保険者氏名 **健保 太郎**

一読し、自署でご本人の氏名・日付をご記入ください

事業主証明

上記のとおり証明します。
令和 年 月 日 事業主所在地
事業所名所
事業主氏名

事業主が証明してください
任意継続者はご自身の住所氏名を記入

備考

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。その場合は本人確認の添付書類が必要です。