

届書コード
2   4   F

常務理事	事務局長	部長	課長	扱者	

## 健康保険被保険者証 滅失届

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名		生年月日			性別	資格取得年月日				
		(氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女	昭和 平成 令和	年	月	日
		(氏)	(名)									
被扶養者が被保険者証を滅失したときはその被扶養者の氏名		(氏)	(名)	届出の事由			喪失・再交付・被扶養者削除・更新					
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ときの状況 (詳しくご記入ください)												
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。今後は十分に取扱いに注意します。 なお、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。												
〒 _____ 被保険者の住所												
氏名 _____ (印)												

管工業健康保険組合

### (注意事項)

この届書は、次に該当する場合に提出してください。

- 健康保険の被保険者証を滅失したため再交付申請書を提出する場合。
- 「被保険者資格喪失届」に被保険者証を滅失したため添付できない場合。
- 被扶養者を削除する際に「被扶養者届」に被保険者証を滅失したため添付できない場合。
- 被保険者証の更新の際に被保険者証を滅失したため添付できない場合。
- 被保険者の押印については、署名(自筆)の場合は不要です。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏名等 _____ (印)