

健康保険証に記載の
記号 と 番号です

健康保険被保険者証 滅失届

退職者の方は
記入不要です

※: 本人は太枠欄を必ずボールペン又はペンでお願いします。

| | | | |
|--|-----------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 被保険者証記号・番号 | | 被保険者氏名 | 所 属 名 |
| 記号 | 番号(氏名コード) | 健保 太郎 (健保) | 勤務地(本 社) |
| × × × × × × × × × × | | | 〇〇カンパニー 〇〇部 マルチ 8- 611 - × × × × |
| 届けの対象となる証 (該当する番号に○を付け、 被扶養者の場合は、 対象者を記入下さい。) | | 1. 本人 | |
| | | 2. 被扶養者 (対象者: 花 子) | |
| 退 職 日 | | × × × × 年 × × 月 × × 日 (退職時返却の場合) | |
| <p>私は、下記理由で滅失し返納することが出来ません。 万一発見された場合は、遅滞なく返納します。</p> <p>滅失の理由</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | | |

| | |
|-------------|---------------------------|
| 事業主の 証明欄 | 上記申請内容について事実に相違ないことを証明する。 |
| | 令和 年 月 日 事業所所在地 |
| | 事業所名称 印 |
| | 事業主氏名 |

| | | | |
|-----|----|-------|-----|
| 事務長 | 課長 | | 担 当 |
| | | | |
| | | 回収入力日 | |
| | | チェック | |