

(事業所)	
所在地 名称 事業主	

事業所記号

常務理事	事務長	業務課長	係

健保事務担当者確認欄	<input type="checkbox"/>
令和 年 月 日 提出	

健康保険 被保険者証（資格確認書・高齢受給者証・限度額認定証）滅失届

① 被保険者番号		② フリガナ 氏名	(フリガナ)	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成	④ 年齢 歳	⑤性別 1. 男 2. 女
-------------	--	-----------------	--------	-----------	-------------------------	--------------	---------------------

被保険者証等を滅失した者	被保険者		滅失したもの		滅失したときの状況	
	氏名	生年月日	続柄	被保険者証または資格確認書 高齢受給者証 限度額認定証	滅失したもの	滅失したときの状況
被 保 険 者 証 等 を 滅 失 し た 者	<input type="checkbox"/> 被保険者（右に記入） <input type="checkbox"/> 被扶養者（該当者を下に記入）			<input type="checkbox"/> 被保険者証または資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証		
	氏名	生年月日	続柄	滅失したもの	滅失したときの状況	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	年齢	<input type="checkbox"/> 被保険者証または資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証		
	氏名	生年月日	続柄	滅失したもの	滅失したときの状況	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	年齢	<input type="checkbox"/> 被保険者証または資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証		
	氏名	生年月日	続柄	滅失したもの	滅失したときの状況	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	年齢	<input type="checkbox"/> 被保険者証または資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証		
	氏名	生年月日	続柄	滅失したもの	滅失したときの状況	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	年齢	<input type="checkbox"/> 被保険者証または資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証			

注意

(注意)
○この届出は被保険者証・資格確認書・高齢受給者証・限度額認定証を滅失したため返納できないときに提出します。
○マイナ保険証（マイナンバーカードを保険証利用登録したもの）をお持ちでない方は、この届出と併せて「資格確認書
交付申請書」をご提出ください。
○資格喪失した後に音信不通等で回収ができない場合には、回収不能届をご提出ください。

受付印
処理年月日

令和6年12月改訂版