

健康保険被保険者証 滅失届

健保使用欄			
決定	令和	年	月 日
常務理事	事務長	担当	担当

申請日：令和 年 月 日					
被保険者証の記号番号		フリガナ	性別	生年月日	
記号	番号	被保険者氏名	男・女	昭和・平成・令和	年 月 日
勤務先の事業所名		住所			
		名称			

【申請事由】

◇該当項目にチェック「レ」をして下さい。

☐《再交付》滅失（紛失・盗難等）のため → 申請前に警察へ届け出て下さい。
☐《再交付》破損・汚損のため → 破損・汚損した被保険者証を添付して下さい。
☐《再交付》劣化（印字ボケ等）のため → 劣化した被保険者証を必ず添付して下さい。
☒ 被保険者証を滅失いたしましたので、届け出いたします。但し、再交付の必要はありません。

* 再交付手数料必要
(裏面参照)

【申請対象者】

氏名	続柄	性別	生年月日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日

【発生事由】 ※滅失／破損・汚損時に記載

滅失／破損・汚損した日 令和 年 月 日			
滅失／破損・汚損した時の状況 (出来るだけ詳細に)			
滅失時、警察への届出	警察署	受理年月日	令和 年 月 日
	受理番号		
警察署へ届出しない時は、その理由			

念書	上記に記載した通り被保険者証を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意いたします。 なお、これにより後日事故があった場合は、私において一切の責任を負います。 また、この被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。
	令和 年 月 日 被保険者氏名 (自署)

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失または破損・汚損することのないよう十分指導いたします。		受付日付印
事業所所在地	〒	
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	()	

事業所(雇用会社)	勤務地				
	本場	佐倉	沼津	鈴鹿	それ以外
FJK	SSC・山田	佐総	沼総	鈴管	健保
FBS	SSC・藤本	健保	健保	健保	健保
フジFC	SSC・秋葉	健保	健保	健保	健保
FHO東京	SSC・本家	健保	健保	健保	健保
FPCL本社	本社管理部	本社管理部	本社管理部	本社管理部	本社管理部
FES	SSC・本家	佐総	沼総	鈴管	健保
その他グループ会社	各事業所総務				
任意継続者	健保				