

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	抜者

健康保険 被保険者証 滅失届

【注意事項】

この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したとき、または被扶養者を削除するために提出するものである。被保険者証を滅失したときは、被保険者証を返納することによって、被保険者証の更新が認められる。また、被扶養者を削除するときは、被扶養者の氏名を記入していただく。被保険者が自ら署名する場合は不要です。

① 被保険者証の記号番号	9000 - 3	※ 届書の種類	喪失(再交)被扶養者(異動) ・更新・検認
② 被保険者名	健保太郎	③ 生年月日	昭和41年4月10日 平成令和
④ 被保険者証(被扶養者用)を滅失したときはその被扶養者の氏名		⑤ 被保険者であるときは資格取得年月日	昭和平成令和 10年1月11日
⑥ 被保険者の勤務する(していた)事業所の	(イ) 名称	株式会社 木材商店	
	(ロ) 所在地	〒135-0000 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇	
⑦ 被保険者証を滅失したときの状況	病院で治療後、精算し保険証を受け取った後、見あたらず落としたと思われる。 警察届出日 令和 年 月 日		
令和 1 年 6 月 1 日提出			
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。今後は十分取扱いに注意いたします。 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 〒135-0000 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇 氏名 健保太郎 ㊟			
⑧ 備考	受付日付印		

東京都木材産業健康保険組合

社会保険労務士の提出代行者印

㊟