

決 裁				

健康保険 被保険者証 **滅失** 届
き 損

① 被保険者の氏名と印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	② 健保	③ 性別 男	④ 生年月日 昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 生 令和
⑤ 被保険者の現住所	〒 100-0006 東京都千代田区有楽町〇〇-〇〇	電話 03-1234-5678	携帯 090-1234-5678	
⑥ 再交付を受ける健康保険被保険者証の記号と番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇		
⑦ 被保険者が現在勤務している事業所	(イ) 名称 〇〇〇〇〇〇〇			
	(ロ) 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町1			
	(ハ) 被保険者資格取得年月日 昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
⑧ 届出申請者 ※被保険者の方は氏名のみ	氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日 昭 平 年 月 日 令	現住所
	(フリガナ)		昭 平 年 月 日 令	
	(フリガナ)		昭 平 年 月 日 令	
⑨ 被保険者証又は被扶養者証滅失の場合はその状況	(詳しく書いて下さい。)			

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

↓警察での受理番号を記入して下さい。

上記のとおり被保険者から申請がありましたので届出いたします。 尚、今後は被保険者証・被扶養者証を滅失またはき損することのないよう充分指導いたします。	
事業所所在地	令和 年 月 日 証明
事業所名称	
事業主氏名	印
電話	

警察署名	〇〇〇〇警察署
受理番号	〇〇〇〇

受付日付印

(注意事項)

※滅失の場合は必ず警察に届出て頂いた上、警察より受理番号をお聞きいただき、この届出書に記入して下さい。