

健康保険被保険者証 資格喪失時滅失届

※この届出用紙で再交付はされません。

常務理事	事務長	適用M	担当	担当

210 この届書は、次の場合に被保険者(社員本人)が提出するものです。
 健康保険の資格を喪失する際、被保険者証を滅失したため返納することができない場合、
 被扶養者を削除するため「健康保険被扶養者(異動)届」を提出する際、対象者の被保険者証を滅失した
 ため返納することができない場合

被保険者欄	事業所コード				事業所名				令和 年 月 日 提出				
	記号	番号			被保険者氏名				性別	生年月日			
									1 男	5 昭和	年	月	日
									2 女	7 平成			

滅失対象者欄	対象者氏名	性別	続柄	資格喪失年月日※健保使用欄			再交付回数※健保使用欄					
	1		1 男 2 女		7 平成 9 令和	年	月	日	□ 0回 □ 1回 □ 2回 □ 3回以上			
	2		1 男 2 女		7 平成 9 令和	年	月	日	□ 0回 □ 1回 □ 2回 □ 3回以上			
	3		1 男 2 女		7 平成 9 令和	年	月	日	□ 0回 □ 1回 □ 2回 □ 3回以上			
	4		1 男 2 女		7 平成 9 令和	年	月	日	□ 0回 □ 1回 □ 2回 □ 3回以上			
届出事由	(被保険者証を滅失したときの状況を詳しく記入してください)						届出警察署		受理番号			
							警察署		NO.			

【注意事項】

- 紛失した被保険者証を発見したときは、直ちにヤマトグループ健康保険組合に返納してください。
- 本人事由でない場合(事業主に責がある場合)には、顛末書の添付が必要となります。

受付日付印

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の滅失の報告がありましたので提出いたします。 なお、今後は健康保険被保険者証を滅失することのないよう十分指導いたします。	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	