

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に「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	店所コード				事業所名				令和 年 月 日 提出			
	記号		番号		被保険者(社員)の氏名 ※自署の場合は押印不要				性別		生年月日	
	11								1 男		5 昭和	
					印				2 女		7 平成	

滅失対象者欄	対象者の氏名		生年月日				性別	届出警察署	受理番号	資格喪失日※健保使用欄			
	1	(氏)	(名)	5 昭和	年	月	日	1 男	警察署	NO.	平成・令和	月	日
				7 平成				2 女					
	2	(氏)	(名)	5 昭和	年	月	日	1 男	警察署	NO.	平成・令和	月	日
				7 平成				2 女					
3	(氏)	(名)	5 昭和	年	月	日	1 男	警察署	NO.	平成・令和	月	日	
			7 平成				2 女						
4	(氏)	(名)	5 昭和	年	月	日	1 男	警察署	NO.	平成・令和	月	日	
			7 平成				2 女						
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)											

【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。

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	〒 104-0061 東京都中央区銀座2丁目16番10号
事業所名称	ヤマト運輸 株式会社
事業主氏名	事業主代理人 小祝 珠樹
電 話	03-3541-3411

受 付 日 付 印

印

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、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、「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

被保険者(社員本人)に関する事項

被保険者欄	① 店所コード		② 事業所名			③ 令和 年 月 日 提出					
	記号	④ 番号	⑤ 被保険者(社員)の氏名 ※自署の場合は押印不要			⑥ 性別	⑦ 生年月日				
	11	1111111	大和 太郎 印			1男 2女	5昭和 7平成	年	月	日	6 3 0 9 1 5

滅失した対象者に関する事項

滅失対象者欄	⑧ 対象者の氏名		⑨ 生年月日			性別	届出警察署		⑩ 受理	平成・令和 年 月 日		
	1	(氏) 大和	(名) 太郎	5昭和 7平成 9令和	年	月	日	1男 2女	築地 警察署	NO. 1234		
2	(氏) 大和	(名) ミケ子	5昭和 7平成 9令和	年	月	日	1男 2女	築地 警察署	NO. 1234			
3	(氏)	(名)	5昭和 7平成 9令和	年	月	日	1男 2女	警察署	NO.			
4	(氏)	(名)	5昭和 7平成 9令和	年	月	日	1男 2女	警察署	NO.			
⑫ 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) 病院で使用した後、カバンに入れたつもりが無くなっていた。										

【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	〒104-0061 東京都中央区銀座2丁目16番10号	
事業所名称	ヤマト運輸 株式会社	
事業主氏名	事業主代理人 小祝 珠樹	
電 話	03-3541-3411	

印

健康保険被保険者証 資格喪失時滅失届記入方法

【健康保険者証 再交付申請書の記入・提出にあたって】

- (1) 付番のある部分についてご記入ください。文字は、ボールペンを用いて楷書ではっきり漏れなく記入してください。
- (2) 1枚につき家族最大4人まで記入できます。
- (3) ご提出いただいた申請書は一切返却いたしませんので、予めご了承ください。

	No.	項目	記入方法および記入上の注意点
被 保 険 者 （ 社 員 ） に 関 する 事 項	①	店所コード	店所コードを記入してください。
	②	事業所名	事業所名を記入してください。
	③	提出日	会社への提出日を記入してください。
	④	健康保険被保険者証 番号	社員番号を記入してください。
	⑤	被保険者（社員）の氏名	社員本人の漢字氏名を記入してください。※ 自署の場合は押印不要です。
	⑥	性別	戸籍上の性別の該当する項目を○で囲んでください。
	⑦	生年月日	元号（昭和・平成）の該当を○で囲み、生年月日を記入してください。
滅 失 し た 対 象 者 に 関 する 事 項	⑧	対象者の氏名	対象者の漢字氏名を記入してください。※被保険者（社員）が滅失した場合も記入してください。
	⑨	生年月日	対象者の元号（昭和・平成・令和）の該当を○で囲み、生年月日を記入してください。
	⑩	性別	対象者の戸籍上の性別の該当する項目を○で囲んでください。
	⑪	届出警察署・受理番号	落とし物の届出をした警察署名、落とし物の受理番号を記入してください。 ※再交付原因が紛失（家の中で無くした、破棄を除く）、盗難の場合は、必ず落とし物の届出をしてください。
	⑫	届出事由	滅失したときの状況を詳しく記入してください。