

健康保険

被保険者証
被扶養者証
資格確認書

減失届

常務理事	事務長	係	供覧
減失事由 の種類	盗難 ・ 遺失 ・ 焼失 ・ 紛失		

被保険者の 記 号 番 号		被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日	年	月	日
被 保 険 者 住 所				被保険者の 勤務事業所			
減失者氏名			生年月日	年	月	日	続柄
保険証等を 減失した日	年	月	日	保険証等を減 失した場所			
保険証等を減 失した理由 (詳しく)							

(保険証等発見の際の返納誓約)

うえの届出書に記載したとおり保険証等を減失しましたが、この保険証等を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名

事 業 主 の 証 明	
被保険者 ・ 被扶養者 が健康保険の 被保険者証 ・ 被扶養者証 ・ 資格確認書を減失したことを、この届け出のとおり相違ないことを証明いたします。	
住 所	年 月 日
氏 名	
電 話	()
被保険者氏名欄の本人署名又は押印は、次のいずれかの要件を満たす場合は省略できます。省略する場合は該当項目の口に☑を付してください。	
☐ この届書は被保険者が作成したものです。 ☐ 記載内容について誤りがないか被保険者が確認しています。	

受 付 日 印