健康保険　被保険者証滅失届

常務理事	事務長	担当者

被保険者記入欄

届出年月日	令和　　年　　月　　日
届出種別	滅失届のみ　同時に「資格確認書」交付を申請 ※ 令和6年12月2日以降、マイナ保険証（保険証として利用する登録をされたマイナンバーカード）への移行に伴い、従来の被保険者証の発行は廃止になりました。 ※ 資格確認書の交付申請は、マイナ保険証の利用が困難な状態にある方に限ります。
届出理由	き損　印字消え　滅失　※滅失はその事由→　盗難　紛失　焼失　その他（　　）

被保険者情報

被保険者証の記号及び番号	記号	番号（従業員番号）	（フリガナ）氏　名	（氏）　（名）
生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		住　所	〒　　都道府県
事業所名　称				
所　属部署名				
連絡先（内線可）				

↓　被保険者証をき損・滅失した方について記入してください。　↓

き損・滅失した者の情報

届出対象者の氏名等	氏　名（氏）（名）	続　柄	生年月日　昭和 平成 令和　　年　　月　　日

滅失の場合の状況	滅　失年月日	令和　　年　　月　　日	滅失したときの状況を詳しく記入してください。
	滅失場所		
	警察署等への届出	届出の有無：　なし　あり　※「あり」は以下を記入	
		届出日　令和　　年　　月　　日	
		届出先	

誓約・承諾

＊ 証のき損、滅失により生じた損害については、当方にて一切の責任を負います。
＊（滅失の場合）後に証を発見したときは、速やかに返納いたします。

被保険者氏名

上のとおり、被保険者から健康保険被保険者証のき損・滅失に関する届出がありましたので提出いたします。なお、今後は被保険者証の取り扱いおよび管理について留意するよう指導いたします。

事業所　所在地 名　称	
事業主　氏　名	

事業主提出日

令和　　年　　月　　日

受付日付印

※ き損および印字消えの場合は、その被保険者証を必ず添付してください。
※ 盗難や屋外で滅失したとき等、被保険者証が第三者の手に渡ると悪用される可能性がありますので、被害防止のためにも警察署等へ届出るなどの処置をとってください。
※ 届出書は、人事部門（FGからの出向者を除くFGFS、FGOT、ｴｱﾛｼｰﾙﾄﾞ所属の方は各管理部門）へ提出してください。

（健保メモ欄）

被保険者証の記号と番号を記入したときは、右欄は記入不要です。証の記号・番号に代わり個人番号（マイナンバー）で届出を行なうときに限り記入してください。ただし、被保険者の個人番号であることを特定する書類の添付が必要です。