

提出ルート：被保険者→事業主→健保  
 (任意継続被保険者者は直接健保へ)

伺日	年月日	施行	年月日
常務理事	事務長	担当者	担当者

# 健康保険被保険者証 滅失届

申請書	事業所名(会社名)		所 属		現 住 所				
	(株)SUBARU		TEL ****-**-****		〒 ***-**** TEL ****-**-****				
			総務 部 総務 課 総務 係		群馬県太田市*****				
	健康保険証		従業員番号	フリガナ		生年月日		性別	資格取得年月日
記号	番号	氏 名							
	1001	*****	マルタ カオ ○ 田 △ 夫		昭 平 令		男 ・ 女	昭 平 令	1   0   0   4   0   1

滅失対象者	対象者氏名	生年月日	性別	続柄	滅失の原因	【誓約書】 左記のとおり健康保険被保険者証を滅失したことに相違ありません。この保険証について万一事故がありました場合は責任を持って弁償いたします。 また、当該保険証を発見した場合は速やかに届け出て健保組合の指示に従います。 令和*年*月*日 被保険者署名 ○ 田 △ 夫 【所属長の証明】 上記被保険者は、健康保険証を滅失したことに相違ないことを証明します。 所属長署名 ◇ 山 ○ 子
	○ 田 ◇ 郎	昭 平 令 3   0   1   2   1   2	男 ・ 女	長男	①. 紛失(誓約書欄署名要) ②. 盗難(盗難届(写)要) ③. き損(現物添付) ④. その他 ( )	
		昭 平 令	男 ・ 女		上記の状況等を詳細にご記入ください	
		昭 平 令	男 ・ 女		【滅失日】 年 月 日頃	
		昭 平 令	男 ・ 女			

この申請について事実と相違ないことを証明します。

事業所所在地	勤務先にて 記入/捺印(スタンプ可)
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

【提出日】 令和\*年\*月\*日

受付日付印

健保記入欄			
減資発行に 確手数 う書料	要	枚	年月給与控除
	不要	円	年月日受領

\* 資格確認書の発行を希望する場合は、別途、「資格確認書(再)交付申請書」を提出してください。  
 なお、保険証紛失に伴う資格確認書の発行には、手数料1,000円(税別)をご負担いただきます。