

|                  |      |     |      |     |
|------------------|------|-----|------|-----|
| 健<br>保<br>組<br>合 | 常務理事 | 事務長 | 事務次長 | 受付印 |
|                  |      |     |      |     |
|                  | 事務次長 | 担当  |      |     |
|                  |      |     |      |     |

健康保険

滅失届

|                                |                                                                       |                                     |            |                                    |       |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|------------------------------------|-------|
| ①申請日                           | 令和      年      月      日                                               |                                     |            |                                    |       |
| ②被保険者等<br>記号・番号                | 記号                                                                    |                                     | ③事業所の名称・所属 |                                    |       |
|                                | 番号                                                                    |                                     |            |                                    |       |
| ④被保険者氏名                        | (フリガナ)                                                                |                                     | ⑤被保険者の生年月日 | 昭和      年      月      日<br>・<br>平成 |       |
| ⑥紛失物                           | 1. 資格確認書   2. 保険証   3. 限度額適用認定証   4. 高齢受給者証   5. 特定疾病療養受療証<br>(有効期限内) |                                     |            |                                    |       |
| ⑦紛失対象者<br>(被保険者の場合は<br>記入不要です) | 氏名                                                                    | (フリガナ)                              | 続柄         | 性別                                 | 男 ・ 女 |
|                                | 生年月日                                                                  | 昭和      年      月      日<br>平成<br>令和 |            |                                    |       |
| ⑧滅失日                           | 令和      年      月      日                                               |                                     |            |                                    |       |
| ⑨滅失した理由<br>(詳しく記入してください)       |                                                                       |                                     |            |                                    |       |

紛失したことにより不正使用され、医療費その他の損害を貴健保が被った場合には私がその一切の責任を負うことを誓約します。

<注意>  
再交付をご希望の場合  
※滅失届と各申請書をセットでご提出ください。  
※高齢受給者証は、滅失届のみで再交付いたします。  
※特定疾病認定申請書の医師の意見欄は、再交付の場合は記載不要です。  
※限度額適用認定申請書（市区町村民税が非課税で低所得者に該当する方）の非課税証明書（原本）  
再交付の場合は添付不要です。  
※マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない場合のみ発行します。  
マイナ保険証をお持ちの方は、申請書の提出は不要です。

|                            |        |  |
|----------------------------|--------|--|
| 事<br>業<br>所<br>記<br>入<br>欄 | 事業所所在地 |  |
|                            | 事業所名称  |  |
|                            | 事業主氏名  |  |
|                            | 電話番号   |  |