

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	主任	担当者	データ

健康保険被保険者証 滅失届

記号・番号	被保険者氏名	*退職者は資格喪失日（退職日の翌日）を記入してください。
		令和 年 月 日
住所 〒	—	電話番号 ()
滅失された方の氏名		滅失理由
備考		

上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失しましたのでお届けいたします。
以後発見したときはただちに返納いたします。

事業主 証 明	大阪金属問屋健康保険組合理事長 様 上記の申請について間違いのないことを証明します。	受付印
	令和 年 月 日 〒 — 所在地 事業所名称 事業主氏名	

- ◎ 『健康保険被保険者証滅失届』は、健康保険の資格を喪失する時（本人の退職や家族が就職した等）に保険証を滅失していて返却ができない場合に提出してください。
- ◎ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。）