

常務理事	部長	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 ⑩	*退職者は資格喪失日（退職日の翌日）を記入してください。 平成 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。 平成 年 月 日 〒 —	受付印
	所在地 事業所名称 事業主氏名 ⑩	

- ◎ 『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。
- ◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。
- ◎ 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。
- ◎ 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。）