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。

		受付印
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ないことを証明します。 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。）