

経	被 保 険 者 証 の 返 納 が あ っ た と き は そ の 年 月 日	令 和 年 月 日	常 務 理 事	事 務 長	係 長	担 当 者	被 保 険 者 台 帳 照 合 印
	被 保 険 者 の 資 格 を 喪 失 し た 者 で あ る と き は そ の 年 月 日	令 和 年 月 日					
過	届 書 の 種 類	喪 失 ・ 再 交 ・ 更 新 ・ 検 認		滅 失 事 由 の 種 類		盗 難 ・ 遺 失 ・ 焼 失 ・ 紛 失	

1	被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号	第 _____ 号	健康保険	被 保 険 者 証 滅 失 届	被 保 険 者 被 扶 養 者
	被 保 険 者 の 氏 名		被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭 和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生	平 成 _____
	被 保 険 者 の 現 住 所				
	被 保 険 者 の 資 格 を 取 得 し た 日	昭 和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平 成 _____ 令 和 _____	健康保険の被扶養者の有無	有 ・ 無	
	被 保 険 者 の 勤 務 する (し て い た) 事 業 所 の 名 称	株式会社オリジン			
	被 保 険 者 証 を 滅 失 し た 年 月 日	令 和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	被 保 険 者 証 を 滅 失 し た 場 所		
	被 保 険 者 証 を 滅 失 し た 事 由 (詳 し く)	※被扶養者が滅失した場合、下記にその方の氏名と生年月日を記入して下さい。			
		氏 名		生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため、再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合又は被保険者証の更新しないものは検認の際に被保険者証を提出又は返納することのできないものがあります。効被保険者証の再交付を受けるため提出するものです。

(被保険者証発見の際の返納誓約)

うえの届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

2

被 保 険 者 氏 名

健康保険の被保険者資格を取得した後の受診状況届

番 号	受 診 者 氏 名	被 保 険 者 と 受 診 者 と の 続 柄	傷 病 名	保 険 診 療 を 始 め た 日			保 険 診 療 を や め た 日			治 ゆ 又 は 未 治 ゆ の 別	保 険 診 療 を 担 当 し た 保 険 医	
				年	月	日	年	月	日		氏 名	住所(郡市区名)
1												
2												
3												
4												
5												

うえのとおり相違ありません。

被 保 険 者 氏 名

受 付 印

事業主の証明	が健康保険の被保険者証を滅失したこと、および被保険者の資格を取得した後の受診状況が、届け出のとおり相違ないことを証明します。
	令 和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 埼玉県さいたま市桜区栄和 3-3-27 株 式 会 社 オ リ ジ ン 代表取締役社長 稲葉 英樹