

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		減失事由の種類		盗難・遺失・焼失・紛失	

1	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るが、効被保険者証の再交付を受けるため提出するものです。	被保険者証の記号と番号	10 第 1234 号	健康保険	被保険者 被扶養者	証滅失届
		被保険者の氏名	健保 太郎	被保険者の生年月日	昭和 58 年 9 月 1 日生 平成	
		被保険者の現住所	埼玉県さいたま市〇〇区△△ ×-×-×			
		被保険者の資格を取得した日	昭和 17 年 4 月 1 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 5 年 7 月 5 日	被保険者証を滅失した場所	〇〇〇〇	
		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 お財布ごと紛失してしまったため			

(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	「健康保険の被保険者資格を取得した後の受診状況届」には、この届書を提出する日の前六箇月間に受診したすべての傷病について記載して下さい。なお、全く受診してないときは、「該当せず」と記載して下さい。	被保険者氏名	健保 太郎					
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	受診者名	被保険者と受診者の続柄	傷病名	保険診療を始めた年月日	保険診療をやめた年月日	治癒又は未治の別	保険診療を担当した保険医氏名	住所(郡市区名)
1	健保太郎	本人	虫歯	5 4 10	5 6 16	治癒	△△歯科	さいたま市
2	健保太郎	本人	風邪	5 6 28	5 6 28	治癒	〇〇クリニック	××市
3								
4								
5								
うえのとおり相違ありません。				被保険者氏名	健保 太郎			

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

受付印