

常務理事	事務長	担当者

### 健康保険被保険者証滅失届

申請日: 令和 年 月 日		フリガナ		性別	生年月日	
被保険者証の記号番号		被保険者氏名		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	
記号	番号			男・女		
勤務先の事業所名		住所 名称				

【申請事由】  
 ◇該当項目にチェック「レ」をして下さい。  
 保険証を紛失したため ⇒ 警察署へ紛失の届出をしてください  
 ※資格確認書が必要な方は、別途「資格確認書交付申請書」をご提出ください。  
 保険証が破損または劣化したため ⇒ 破損または劣化した被保険者証を添付下さい。

【申請対象者】

氏名	続柄	性別	生年月日		
		男・女	昭和・平成・令和	年	月 日
		男・女	昭和・平成・令和	年	月 日
		男・女	昭和・平成・令和	年	月 日

【発生事由】 ※滅失・毀損時に記載  
 滅失・毀損した日:平成・令和 年 月 日

滅失・毀損した時の状況 (出来るだけ詳細に)					
滅失時、警察への届出	警察署	受理年月日	平成・令和 年 月 日	受理番号	

警察への届出

被保険者証は、キャッシュ・クレジットカードのように使用の一時停止、無効措置を取ることが出来ません。滅失した被保険者証が第三者により不正使用される恐れがある為、万一に備え、最寄の警察署等へ早急に届出下さい。被保険者・扶養者の届出遅滞により不正使用された場合は、不正使用金額全額を請求させて頂く場合があります。

【滅失時記載】

誓約書 (兼同意書)	上記に記載した通り被保険者証を滅失致しましたが、今後は十分取り扱いに注意致します。また、当該保険証が万一不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健保組合が被った場合には、その一切の責任を負うことを誓約すると共に、監督官庁・警察等への医療行為に関わる個人情報提供につきまして、貴健保組合に一任することに同意します。なお、この被保険者証を令和7年12月1日までに発見した時は、直ちに返納致します。
	令和 年 月 日 被保険者 (自署) <span style="float: right;">印</span>

【事業所証明】

上記のとおり、被保険者の申請内容に相違無き事を証明致します。

所在地	令和 年 月 日
事業所名称	
事業主名	印
電話	局( ) 番

※ 受付日付印