

健康保険被保険者証 滅失届

申請日： 年 月 日		フリガナ		性別	生年月日
記号	番号	被保険者氏名	(印)	男・女	昭和 年 月 日
				平成 年 月 日	
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」をしてください。

- 《資格確認書交付希望》滅失（紛失・盗難等）のため → 申請前に警察へ届け出てください。
- 《資格確認書交付希望》毀損（折る等）のため → 毀損した被保険者証を添付ください。
- 《資格確認書交付希望》劣化（印字ボケ等）のため → 劣化した被保険者証を必ず添付ください。
- 被保険者証を滅失致しましたので、お届け致します。資格確認書の交付は必要ありません。

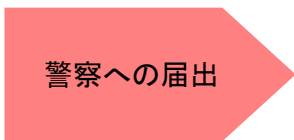
**※「資格確認書」はマイナ保険証を持っていない方への交付となります。
マイナ保険証をお持ちの方はマイナ保険証を利用ください。**

【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： 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	年 月 日	受理番号	



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ください。

【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、この被保険者証を発見した時は、直ちに返納致します。
	年 月 日 被保険者 (自署) (印)

受付日付印

【事業所証明】

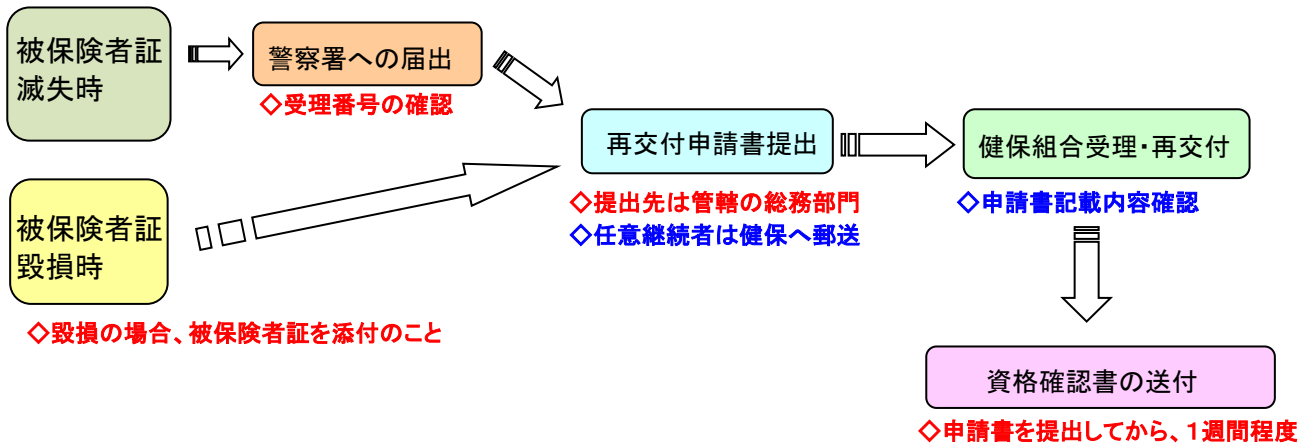
上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の滅失等の申請がありましたので、申請内容に相違無き事を証明致します。
 なお、今後は滅失・毀損することのないよう、十分指導致します。

年 月 日

事業主	総務部・課長	健保担当者

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

【資格確認書の交付フロー】



毀損した健康保険被保険者証の台紙に活用ください!!

健康保険被保険者証 滅失届

申請日:令和6年12月10日		フリガナ		アサヒ ハナコ		性別	生年月日	
記号	10	番号	●●●●	被保険者氏名	朝日 花子	男 女	昭和 平成	●年 ●月 ●日
勤務先の事業所名		住所	アサヒビール株式会社					
		名称	東京都墨田区吾妻橋1-23-1					

【申請事由】

◇該当項目にチェック「レ」をしてください。

- 《資格確認書交付希望》滅失（紛失・盗難等）のため → 申請前に警察へ届け出てください。
- 《資格確認書交付希望》毀損（折る等）のため → 毀損した被保険者証を添付ください。
- 《資格確認書交付希望》劣化（印字ボケ等）のため → 劣化した被保険者証を必ず添付ください。
- 被保険者証を滅失致しましたので、お届け致します。資格確認書の交付はありません。

※「資格確認書」はマイナ保険証を持っていない方への交付となります。
マイナ保険証をお持ちの方はマイナ保険証を利用ください。

【申請対象者】

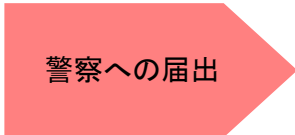
氏名	続柄	性別	生年月日
朝日 花子	本人	男・女	昭和 平成 令和 ●年 ●月 ●日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日

【発生事由】 ※滅失・毀損時に記載

滅失・毀損した日: ●年 ●月 ●日

滅失・毀損した時の状況 (出来るだけ詳細に) 詳細を入力

滅失時、警察への届出 ●●警察署 受理年月日 ●年 ●月 ●日 受理番号 ●●●



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ください。

【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、この被保険者証を発見した時は、直ちに返納致します。

●年 ●月 ●日 被保険者 (自署) 印

受付日付印

【事業所証明】

上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の滅失等の申請がありましたので、申請内容に相違無き事を証明致します。
なお、今後は滅失・毀損することのないよう、十分指導致します。

年 月 日

事業主	総務部・課長	健保担当者

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者