

この届書は、2024年12月1日以前に発行された保険証を滅失・破損したときに提出してください。(2025年12月1日の経過措置期間終了まで)

健保 使用 欄	常務理事	担当上司	担当

健康保険 被保険者証滅失・破損届

被保険者等の 記号・番号		記号 番号		被保険者氏名		生年月日		昭和 平成		年		月		日		
滅失・ 破損した 者	☐ 被保険者		☐ : 滅失 ☐ : 破損													
	☐ 被扶養者	対象となる 被扶養者	氏名		生年月日		続柄		滅失・破損							
			1		昭和 平成 令和		年		月		日				☐ : 滅失 ☐ : 破損	
			2		昭和 平成 令和		年		月		日				☐ : 滅失 ☐ : 破損	
			3		昭和 平成 令和		年		月		日				☐ : 滅失 ☐ : 破損	
被保険者の現住所			〒 - (TEL)													
被保険者の勤務する 事業所名																
被保険者証を滅失・破 損した事由、滅失した 日・場所等																

※保険証を破損した場合は、破損した保険証を添付してください。

うえの届書に記載したとおり被保険者証を滅失・破損しましたが、滅失した被保
者証を発見したときは、ただちに返納すると共に、滅失した被保険者証に対し、今
後一切の責任を取ります。

令和 年 月 日

被保険者氏名

受付日付印