

※

経過	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
	資格を喪失した者であるときは、その年月日	令和 年 月 日				
	届出の種類	喪失・再交・更新・検認		滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失	

1 保険者資格喪失届は、健康保険の被保険者証または資格確認書を滅失したため、再交付を受ける場合・「病は2
受診せず」と記載して下さい。なお、全月間に受診しなかったときは、傷

健康保険被保険者証・資格確認書 滅失届

①滅失した証書 (どちらかに○)	健康保険被保険者証 ・ 資格確認書		※資格確認書の(再)発行を希望の場合は、この届出に別途「資格確認書(再)交付申請書」を添付してください。					
②記号-番号	—		③被保険者の氏名					
④被保険者の生年月日	昭 令 年 月 日	⑤被保険者の資格取得日	昭 令 年 月 日					
⑥被保険者の現住所	〒							
⑦被保険者の勤務する(していた)事業所	名称							
	所在地							
⑧滅失した者	氏名		性別		生年月日	昭 令 年 月 日	続柄	
⑨滅失年月日	令和 年 月 日		⑩滅失場所					
⑪滅失理由								
⑫警察への届出年月日	令和 年 月 日		警察署(派出所)へ届出済 (遺失届受理番号:)					

(発見の際の返納誓約)
うへの届書に記載したとおり滅失しましたが、発見したときは、ただちに返納いたします。

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	受診者の氏名	被保険者との続柄	傷病名	保険診療を		治癒または未治癒	保険診療を担当した保険医	
				始めた年月日	やめた年月日		氏名	住所(都市区名)
1								
2								
3								
4								
5								

うへのとおり相違ありません。 被保険者氏名: _____

3 ※印欄は、記入しないでください。

「病は2受診せず」と記載して下さい。なお、全月間に受診しなかったときは、傷

事業主の証明	上記届出のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

※ 受付日付印