

※

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に提出するものですが、提出できない場合は、更新しないため、再交付を受ける場合に提出するものと併せて提出してください。

健康保険被保険者証・資格確認書 滅失届

どちらかに○

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	1 — 123456	③被保険者の氏名	立川 太郎					
④被保険者の生年月日	昭令平 45年6月13日	⑤被保険者の資格取得日	昭令平	2年8月1日				
⑥被保険者の現住所	〒190-0012 東京都立川市曙町2-37-7 コアシティ立川1201							
⑦被保険者の勤務する(していた)事業所	名称	(株)エスアールエル						
	所在地	東京都港区赤坂1-8-1 赤坂インターシティAIR						
⑧滅失した者	氏名	立川 花	性別	女	生年月日	昭令平 2年3月3日	続柄	長女
⑨滅失年月日	令和 6年 11月 20日		⑩滅失場所		外出先			
⑪滅失理由	財布にいれ持ち歩いていたが、財布ごと紛失してしまった。							
⑫警察への届出年月日	令和 6年 11月 20日	立川 警察署(派出所)へ届出済		(遺失届受理番号: 112233)				

(発見の際の返納誓約) うえの届書に記載した

警察への届け出は必ず行ってください

発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名:

立川 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	受診者の氏名	被保険者との続柄	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			治癒または未治癒	保険診療を担当した保険医	
				年	月	日	年	月	日		氏名	住所(都市区名)
1	立川 花	長女	胃痛	6	10	10	6	10	17	治癒	新宿 次郎	新宿区
2												
3												
4												
5												

うえのとおり相違ありません。 被保険者氏名: 立川 太郎

3

※印欄は、記入しないでください。

2 「病は、この健康保険の被保険者資格を取得した後の受診状況届に受診せず」と記載して下さい。なお、全月間に受診しないときは、傷

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

※ 受付日付印

事業主の証明	事業所所在地	※この欄は事業主が証明するところ
	事業所名称	
事業主氏名		
電話番号		