

健康保険被保険者証

滅失届

■ 1ページ目：記入例

※記入の際に参照ください

■ 2ページ目：原版

※A4サイズでプリントアウトしてください

記入上のご注意

1. 記入した内容(記号・番号、生年月日、など)が正しいか確認してください。
2. 記入モレ・押印忘れが無いか確認してください。

お問い合わせ先 ・ 提出先

各事業所(会社)の申請窓口へご連絡ください。

各事業所(会社)の申請窓口は、

ワールド健康保険組合ホームページ→「届出・申請について」→「会社別届出一覧表」にてご確認いただけます。

記入例

健康保険被保険者証 滅失届

常務理事	事務長		担当

被保険者証の 記号及び番号	記号	番号	被保険者の氏名 性別及び生年月日	健保 太郎 昭・平・令 21年 1月 2日生	性別
	12	345			男
被保険者の資格を 取得した年月日	昭和 平成 令和	元年 5月 1日	被保険者証を 滅失した事由 (詳しく)	【記入例】 外出の際に携帯していましたが、財布を出したときに落ちて紛失したものと思われます。 今後、取り扱いには充分注意いたします。 保険証を発見した場合は直ちに返却します。 これにより生じた問題については貴組合に一切ご迷惑をおかけしません。	
被保険者証を 滅失した年月日	令和	元年 6月 6日			
被保険者証を 滅失した場所	最寄の駅周辺				

被保険者 証滅失時 の 受診状況	番号	受診者氏名	被保 険者と の続 柄	傷病名	保険診療を 始めた年月日	保険診療を担当した医療機関、等		備考
						名称	所在地(都市区名)	
1		健保 太郎	長男	〇〇	元年 6月 7日	〇〇病院	神戸市〇〇区	
2					年 月 日			
3					年 月 日			
4					年 月 日			

提出日 令和

元年 6月 10日

被保険者

住所

神戸市〇〇区△△町4丁目5-6-〇号室

氏名

健保 花子 印

捺印をお忘れなく

被保険者証 滅失に関する 事業主の証明	上記の通り事実に相違ないことを証明します。	事業主の 住所及び 氏名 (連絡先)	印
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	---

注意 此の届出は被保険者が被保険者証を滅失したため、次のような場合に被保険者証を提出できないために届出するものです。

事項 ■「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納できない場合 ■「被保険者証再交付申請書」に添付して被保険者証の再交付を受ける場合

事項 ■被保険者証の交付又は検認の際に被保険者証を提出することができない場合

健康保険被保険者証 滅失届

常務理事	事務長		担当

被保険者証の 記号及び番号	記号		番号		被保険者の氏名 性別及び生年月日	性別		
				昭・平・令 年 月 日生			男・女	
被保険者の資格を 取得した年月日	昭和 平成 令和	年 月 日			被保険者証を 滅失した事由 (詳 し く)			
被保険者証を 滅失した年月日	令和	年 月 日						
被保険者証を 滅失した場所								

被保険者 証滅失時 の 受診状況	番号	受診者氏名	被保 険者と の続 柄	傷病名	保険診療を 始めた年月日	保険診療を担当した医療機関、等		備考
						名称	所在地(都市区名)	
1					年 月 日			
2					年 月 日			
3					年 月 日			
4					年 月 日			

提出日 令和

年 月 日

住所

被保険者

氏名

印

被保険者証 滅失に関する 事業主の証明	上記の通り事実に相違ないことを証明します。	事業主の 住所及び 氏名 (連絡先)	印
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	---

注意 この届出は被保険者が被保険者証を滅失したため、次のような場合に被保険者証を提出できないために届出するものです。

事項 ■「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納できない場合 ■「被保険者証再交付申請書」に添付して被保険者証の再交付を受ける場合

事項 ■被保険者証の交付又は検認の際に被保険者証を提出することができない場合