

健康保険被保険者証
資格確認書
限度額適用認定証
高齢受給者証

滅失届

返却できない証を選択

記入見本

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号番号	記号 1010 番号 1234	被保険者 氏 名 健保 太郎	生年月日 S40年4月20日	
	滅失した 者の氏名	氏 名 健保 花子	生 年 月 日 S40年6月20日	氏 名 生 年 月 日 年 月 日	
	滅失した状況	滅 失 し た 日 R5年12月10日 頃	滅 失 し た 場 所 自宅	状 有効期限が切れた限度額認定証を返却することを失念しており、退院後に誤って廃棄した 証を返却できない理由を詳しく記入すること	
	保険証を最後に 使った受診状況 を記入のこと	保険診療を始めた日 R4年 12月1日 年 月 日	保険診療をやめた日 R5年 11月末日 年	医 療 機 関 名 大阪中央病院 医療機関住所(市区町名) 大阪市北区 わかる範囲で記入すること	
	私は被保険者証等を返納すべき義務があるにもかかわらず、滅失したため、返納することができません。 なお、該当証等を発見したときは、ただちに返納するとともに、この滅失した被保険者証等により貴組合が損失を 受けた場合は、責任をもって全て賠償することを誓約いたします。				
	令和 6年1月10日	被保険者住所 大阪市北区〇〇	氏名 健保 太郎	請求者は被保険者	
	電話番号 090-XXXX-XXXX				
	日本触媒健康保険組合理事長殿				
	事 業 主 の 記 入 欄	上記のとおり被保険者証等を滅失したことに相違ないことを証明します。 なお、今後は滅失することのないよう周知徹底をはかります。			
		令和 年 月 日	事業主住所 名称 氏名 日本触媒健康保険組合理事長殿	在職者は事業主へ提出 任意継続者は健保へ提出	

組 合 の 記 入 欄	資 格 取 得	年 月 日	常務理事	事務長	係
	資 格 喪 失	年 月 日			
	発 見 日	年 月 日			

受付印