

常務理事	事務長	係員

## 健康保険被保険者証紛失届

令和 年 月 日

私は下記の理由により被保険者証(保険証)を返納する事が出来ません。  
したがって紛失した保険証により不正受給等、保険事故の事実がありました時は  
すべての責任をとり補償することを誓約し、未返納とさせていただきますよう届出いたします。  
また、保険証が発見された場合は速やかに事業所を通じて返却いたします。

### 被保険者記入欄

被保険者証 記号・番号		所 属	
被保険者の 氏 名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
紛失した 保険証	紛失したものに○をつけて、被扶養者分については氏名をご記入ください。 1)被保険者本人分 2)被扶養者__名分 →対象者氏名( )		
被保険者の 現 住 所	〒 (電話 )		
被保険者証 回収不能の 理 由			

.....

上記のとおり被保険者証を回収することができません。
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電 話

受付日付印

※健保記入欄	返納があった時の回収日	年	月	日
--------	-------------	---	---	---