

資格喪失時に返却の必要のある証書類が返却できない場合は、この用紙を提出してください。

該当するものに✓をする。

4 証書以外の紛失は () 内に該当する証書の名称を記載してください。

(例) 健康保険証

資格確認書等の記号・番号

被保険者 (本人) 氏名・性別・生年月日を記入してください。(記号・番号が不明な場合は所属事業所の健康保険担当窓口にお問合せ下さい。)

ご提出ください。)

- 資格確認書
- 健康保険限度額適用認定証
- 高齢受給者証
- 特定疾病療養受給者証
- () *

紛失届

退職時や扶養減の届出の際に、証書を紛失し返却できない場合に紛失した証書に印を付複数個のもの届出が必要な場合は、それぞれ紛失届をご提出ください。
※上記 4 証書以外のものを届け出る場合は、該当する書類の名称を記載してください。
【注意】消える筆記具で記載されたものは、受付いたしませんのでご注意ください。
なお、被保険者記号・番号が不明の場合は、勤務先の健保担当窓口へご確認ください。

記号・番号が不明な場合は
マイナンバーを記入しても可

| 被保険者等記号 | 番号 | 被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | | | |
|--|------------------------------|--------|--|---|---|---|---|
| | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。 | | | | | | | |
| フリガナ | | 氏名 | 性別 | 生年月日 | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 紛失の対象者 | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 本人 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 配偶者 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 子 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | |
| 被保険者 自署欄 | <input type="checkbox"/> 本人 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 配偶者 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 子 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | |
| 紛失理由(紛失した場所や理由を詳しくご記入ください) | | | | | | | |
| 上記の理由により、証書を返却できないことを届出します。 後日、紛失した証書を発見した場合は、速やかに健康保険組合へ返却いたします。 | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 被保険者氏名(自署) | | | | | | | |

紛失した方の内容を記入する

紛失の理由(詳細)を記入し
誓約欄に氏名を記入(自署)してください。

健保使用欄

(記入しないでください)

本書の提出後であっても、不正利用があった場合は被保険者の責任となりますので
不当利得等の行為が確認された場合には健保給付金の返還請求をさせていただきます。