

日本電気健康保険組合 御中

**健康保険 被保険者証(カード型)紛失届**

(本人・家族 資格喪失、一斉更新時用)

## 【注意事項】

・この届書は健康保険の資格を喪失した際、被保険者証を紛失して返納できない場合の届出書です。

被保険者証 記号・番号	記号	番号	性別	男・女
フリガナ			生年月日	昭和 平成 年 月 日
被保険者氏名	(自署の場合は捺印省略可) 印		資格喪失 年月日	平成 年 月 日
資格取得 年月日	昭和・平成	年 月 日	資格喪失 年月日	平成 年 月 日
被保険者の勤務 する事業所	名称			
	所在地			
紛失した対象者	1. 被保険者(本人)      2. 被扶養者(家族)      3. 両方			
紛失した対象者が 「2. 被扶養者」 の場合に記載	フリガナ 被扶養者氏名	生年月日	続柄	性別
		昭和 平成 年 月 日		男・女
		昭和 平成 年 月 日		男・女
		昭和 平成 年 月 日		男・女
被保険者証を紛失 したときの状況 (詳しく記入)	〔 紛失・盗難 届け先： 警察署      届出日： 月 日      警察受付 No. 〕			
<p>上記に記載したとおり、被保険者証を紛失いたしました。          なお、この被保険者証を発見した時は、直ちに返納いたします。          また資格喪失後無資格で診療を受けた場合は、責任をもって診療費を返納いたします。</p> <p>被保険者の住所          電話          氏名 印</p>				

事業主記入欄

上記のとおり被保険者から紛失届がありましたので届出いたします。

平成 年 月 日提出

所在地  
事業主 名称  
氏名 印

健保承認	マネージャー	E/S	担当

健保処理	入力日	受付年月日