健康保険証等滅失届

提出日　　×年　×月　×日

資格確認書の(再)交付を希望の場合、 資格確認書(再)交付申請書 を提出ください。
ただし、資格確認書の交付は、マイナ保険証によるオンライン資格確認を受けることができない状況にある方に限られます。

被保険者情報	記号	×××	番号	×××	枝番	-00	
	氏名	健保　太郎			生年月日	昭和(○) 平成	××年　×月　×日
	住所	〒 ×××−×××× 東京都××区××町×−×−×			TEL	××-××××-××××	

対象者に☑を入れてください。

□ 被保険者(本人)分	該当証(申請する証に○) 被保険者証 ・高齢受給者証 ・資格確認書

☑ 被扶養者(家族)分	続 柄	該当証(申請する証に○)
(氏名) 健保　愛	子	被保険(○)者証 ・高齢受給者証 ・資格確認書
(氏名)		被保険者証 ・高齢受給者証 ・資格確認書
(氏名)		被保険者証 ・高齢受給者証 ・資格確認書

詳細な届出の事由(必ずご記入ください)
×月×日、医療機関を受診した帰り道にて紛失しました。警察へは届出済みです。

毀損の場合は、毀損した保険証等を添付してください。

滅失した保険証等を発見した場合は、各会社の社会保険担当へ返却ください。
※任意継続、特例退職の方は直接、日本アイ・ビー・エム健康保険組合まで返却となります。

提出先 各会社の社会保険担当者（任意継続、特例退職の方は直接日本アイ・ビー・エム健康保険組合へ送付）

事業主記入欄	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	

常務理事	事務長	GL	担当者

決裁日付印　　受付日付印