事業主経由
JSR健康保険組合　御中

| 係 | 事務長 | 常務理事 |
|---|---|---|
| | | |

# 健康保険被保険者証滅失届

| 提出日 | 令和　　年　　月　　日 |
|---|---|

＊A4用紙で印刷し、太枠内について事実を正確に記入下さい。訂正がある場合は二重線で抹消し、訂正印を押印下さい。（鉛筆での記入不可、裏紙印刷不可）

| 被保険者等記号・番号 | | | | 被保険者の氏名 | | 生年月日 | 対象の証 | 対象者 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 記号 | | 番号 | | （氏） | （名） | □ S<br>□ H　　年　　月　　日<br>□ R | □ 被保険者証<br>・<br>□ 高齢受給者証 | （氏名：　　）（続柄：　　）<br>（氏名：　　）（続柄：　　）<br>（氏名：　　）（続柄：　　） |

| 被保険者の現住所 | 勤務する事業所名称 | 所属（テレNo.） | 内線 |
|---|---|---|---|
| 〒　　－<br>都道　　区市<br>府県　　郡　　TEL（　　）　　－ | | | |

| | |
|---|---|
| いつ | |
| 何処で | |
| 誰が | |
| 詳しい状況 | |

左記事由のとおり私の不注意により被保険者証を紛失いたしました。

なお、万一この被保険者証を第三者が使用したことにより生じた医療費につきましては、全額責任をもって返納することを誓約いたします。

また、紛失した被保険者証を発見しました際は直ちに返納いたします。

令和　　年　　月　　日

JSR健康保険組合　理事長　殿

| 事業主の証明 | |
|---|---|
| 上記の申請について、事実に相違ないことを証明します。<br>また、この届出は①又は②の要件を満たしていると確認しました。<br>①申請者本人（被保険者）が作成したものである。<br>②記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している。 | |
| 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名<br>電話番号 | 令和　　年　　月　　日<br>㊞ |

※マイナ保険証を利用できない方は別途「資格確認書交付申請書」を提出して下さい。
なお、次の場合は不要です。
・資格喪失（扶養削除）時に提出する場合
・既に資格確認書が交付されている場合

・被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です）

| 備考欄 | |
|---|---|

令和　　年　　月　　日
事業所担当者：

※健保処理欄

| 健保受付日付印 |
|---|
| |

（R6.12）