

「健康保険被保険者証」または「資格確認書」のどちらかに☑をしてください。

該当する人が「被保険者(本人)」または「被扶養者(家族)」のどちらかに☑をしてください。

「健康保険被保険者証」 滅失届 被保険者 被扶養者

※「健康保険証」が発行されていて、下記の1または2に該当する場合に届出してください。
但し、令和7年12月2日以降は届出不要

1. 令和7年12月1日までに退職または扶養削除により資格喪失になるとき
2. 令和7年12月1日までに「健康保険証」を滅失したとき

健康保険証の再発行は出来ませんので、マイナンバーカードをお持ちの方は、マイナンバーカードを健康保険証として利用登録(マイナ保険証)していただき、マイナ保険証のご利用をお願いいたします。尚、マイナンバーカードを持っていない等で、「資格確認書」の発行が必要な方は、この届出と合わせて「健康保険 資格確認書(再) 交付申請書」も同時に提出してください。

「資格確認書」 滅失届 被保険者 被扶養者

※「資格確認書」が発行されていて、退職または扶養削除により資格喪失になるとき

令和 6 年 12 月 5 日 提出

健康保険の記号-番号	記号 1	番号 12345	個人番号(マイナンバー) ※記号・番号がわからない場合は記入してください		
被保険者の氏名	健 保 太 郎		被保険者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 5 5 年 1 0 月 1 0 日	
被保険者の資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1 7 年 <input type="checkbox"/> 令和	資格喪失時の滅失により返却ができない場合のみ記入			
健康保険の被扶養者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	被保険者の資格喪失年月日	令和 6 年 1 1 月 2 9 日		
届出対象の被扶養者氏名	被扶養者の生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	月 日	
	被扶養者の生年月日		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	月 日	
被保険者の勤務している(していた)事業所	名 称	勤務先の名称と住所を記入してください。			
	所在地				
被保険者証または資格確認書を滅失した年月日	令和 6 年 1 2 月 2 日		被保険者証または資格確認書を滅失した場所	寝屋川市内	
被保険者証または資格確認書を滅失した事由(詳しく)	病院から自宅へ帰り、カバンの中に無いのに気付いた。帰り道で落としたと思われる。			外出先で落としたり、盗難に遭った場合は、警察へ届け出てください。	

「有」「無」どちらかに☑をしてください。

被扶養者分の滅失の場合は、ここに対象者の方の情報を記入してください。

上記のとおり、被保険者および被扶養者が健康保険被保険者証または資格確認書を滅失したことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電 話

受付日付印