

# 記入例

保険証を紛失して返却できない場合にご提出ください。  
再交付が必要な場合は、用紙B-9号「健康保険被保険者証再交付申請書」をご提出ください。

用紙 B-2 号(令和 2.08)

健 保 使 用 欄			
常 務 理 事	事 務 長	担 当	
※押印不要(健保使用欄)			

保険証の「記号」「番号」  
「資格取得年月日」を記入。  
不明な場合は未記入で  
構いません

事 業 所 健 保 担 当 者
※事業所の 健保担当 者が押印

## 健康保険 被保険者証 滅失届

被 保 険 者 証	記号	101	番号	12345	資 格 取 得 年 月 日	平・令	XX 年	XX 月	XX 日
事 業 所 名 ( 会 社 名 )	(株)JVCケンウッド			所 属	〇〇部△△グループ				
被 保 険 者 氏 名	健保 太郎			被 保 険 者 生 年 月 日	昭・平	XX 年	XX 月	XX 日	
届 出 対 象 者	氏 名	健保 花子							
	氏 名								
	氏 名								
	氏 名								
被 保 険 者 証 を 滅 失 し た と き の 状 況									
令和 XX 年 XX 月 XX 日提出									
上記の届書に記載したとおり、被保険者証を滅失し返納することができませんが、 これに起因する一切の事故についてはその責任を当方において負います。 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。									
JVCケンウッド健康保険組合 殿									
住 所 東京都△〇口市〇〇町XXXX-XX									
被 保 険 者	氏 名	健保 太郎							
TEL XXX ( XXX ) XXXX									

返却できない方の氏名を  
ご記入ください

なくした時の状況を  
詳しくご記入ください

健保

シャチハタ可

受付印