

特例退職者・任意継続者用

※いずれか該当のものにチェック

被保険者証滅失届

<input type="checkbox"/>	令和7年12月1日以前に毀損(注)したとき
<input type="checkbox"/>	令和7年12月1日以前に紛失したとき

資格確認書滅失届

<input type="checkbox"/>	有効期限内に毀損(注)したとき
<input type="checkbox"/>	有効期限内に紛失したとき

(注)「毀損」の場合は、毀損した被保険者証又は資格確認書を添付してください。

令和 年 月 日提出

被 保 険 者	記号	番 号				〒〇〇〇-〇〇〇〇	住所 東京都千代田区大手町	必ずご押印ください
	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	フリガナ	みずほ 太郎	氏名	みずほ 太郎		
						電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
滅失又は毀損した対象者	続柄	本人	該当者氏名	みずほ 太郎				
紛失した年月日	令和 〇 年〇〇月〇〇日		紛失した場所	自宅内				
紛失した状況を右欄へ詳しくご記入ください ※自宅以外で紛失した場合は警察への届出をお願いします	① 届出警察署等の名称 _____ ② 警察紛失届受理番号 _____ ③ 紛失状況： 保管した場所がわからなくなった為 ※紛失した被保険者証又は資格確認書を後日発見した場合は直ちに返納することを約束します。							
紛失した場合のみ記入 誓約書	上記の通り被保険者証又は資格確認書（私或いは家族）を発見した場合は直ちに返却いたします。資格喪失後に被保険者証又は資格確認書で受診等をおこなった場合は不正使用に当たる事を認識し、医療費返還等を含め一切の責任を負う事を誓約します。 必ずご押印ください 被保険者氏名 _____ みずほ 太郎 _____							

受付日付印

みずほ健保事務処理欄	処理日	常務理事	事務長	次長	担当	再鑑