

健康保険証（令和7年12月1日まで）  
資格確認書・高齢受給者証 減失届

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

被保険者欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567	被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入	
	氏名	健康 太郎	被保険者の マイナンバー	※ 注4 - -
	生年月日	5 5. 昭和 7. 平成 45 年 4 月 1 日	申請年月日	令和 6 年 12 月 20 日
	住民票住所	〒 111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 〇〇マンション405号室		

減失者にチェックを入れ、氏名・続柄記入し、減失したものの種類に○をつけてください。

減失した者	被保険者	氏名	続柄	被保険者 本人	減失したものの 種類
<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者	同上	0	被保険者 本人	1. 健康保険証 2. 資格確認書 3. 高齢受給者証
<input checked="" type="checkbox"/>	被扶養者①	フリガナ ケンコウ ハナコ 氏名 健康 花子	1	妻	1. 健康保険証 2. 資格確認書 3. 高齢受給者証
<input type="checkbox"/>	被扶養者②	フリガナ 氏名			1. 健康保険証 2. 資格確認書 3. 高齢受給者証
<input type="checkbox"/>	被扶養者③	フリガナ 氏名			1. 健康保険証 2. 資格確認書 3. 高齢受給者証

減失始末書欄	減失した日	令和 6 年 12 月 5 日	減失した時間	17:00 ごろ
	減失した場所	〒 111 - 2222 〇〇〇〇県〇〇市		
	減失した状況を詳しく記入してください	退職を機に引っ越した際、不要と思い捨てた。		
私の不注意により、健康保険証（令和7年12月1日まで）・資格確認書を減失しました。減失により健康保険組合に損害をかけたときは、私が責任をもって賠償します。		自筆署名	健康 太郎	

事業主欄	上記のとおり提出がありましたので戻します。
	この届出は、事業主の証明が必要です。 （※任意継続被保険者の方は除く） 事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。 氏 石

- 【注意事項】
- この届は、被保険者の資格喪失時または、被扶養者届（減少用）を提出する際に、健康保険証（令和7年12月1日まで）・資格確認書・高齢受給者証を紛失して、返納できないときに提出してください。
  - 訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署してください。（修正テープ使用不可）
  - 選択欄は該当数字を記入するか該当数字に○を、チェック欄は□に✓を記入してください。
  - 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。  
（被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。）
  - 減失した日・場所・状況を詳しく記入し、始末書欄に自筆署名してください。