

常務理事	事務長	事務次長	業務課長	係

健康保険被保険者証 **滅失** 再交付申請書

滅失
き損

(注意事項)

・ 被保険者証を盗難等により紛失したときは、早急に警察に届出してください。
・ き損による再交付申請の場合は、その被保険者証を添付してください。

被保険者証 記号番号	〇〇〇〇 — 〇〇〇〇	被保険者 氏名	健保 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	資格取得年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
被保険者 住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1					
事業所の	名称	〇〇〇〇株式会社				
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1				
再交付申請の 対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ※ 該当する方の□にチェック してください。また、被扶 養者の方が該当する場合は 右欄に氏名等を記入してく ださい。	対象 被扶 養者	被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
				昭・平・令 年 月 日	男 女	
				昭・平・令 年 月 日	男 女	
				昭・平・令 年 月 日	男 女	
				昭・平・令 年 月 日	男 女	
再交付申請の 理由	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 (いずれかの□にチェックしてください)					
	滅失・き損した日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	滅失・き損した場所	〇〇〇〇		
	滅失・き損したときの状況 旅行先で買い物に出かけた際に紛失してしまった					
うえのとおり、被保険者証の再交付を申請いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう、保管に留意するとともに 滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。						
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日						
被保険者氏名 健保 太郎						

事業主の 証明	うえのとおり、被保険者証の再交付を申請いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう、当事業所の全被保険者に対し 周知徹底をはかります。					
	令和 年 月 日					
	事業所所在地					
	事業所名称					
	事業主氏名					
電話番号						