

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

(注意事項)

・ 滅失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。

被保険者証 記号番号	—			被保険者 氏名			性別	男女	
生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者 住所	〒 —								
事業所の	名称								
	所在地								
再交付申請の対象者	<input 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 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	年	月	日	滅失・き損した場所			
	滅失・き損したときの状況								
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 年 月 日 被保険者氏名									

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								