

健康保険被保険者証 滅失 再交付 申請書

常務理事	事務長		担当者

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日				
		①	昭 5 平 7 令 9	年	月	日	
被保険者の住所							
〒							
再交付希望の被保険者証 (該当番号を○で囲んでください)	1	被保険者 (本人が保持しているもの)					
	2	被扶養者 (家族が保持しているもの)					
		氏名	生年月日			続柄	
			昭 5 平 7 令 9	年	月	日	
			昭 5 平 7 令 9	年	月	日	
	昭 5 平 7 令 9	年	月	日			
	昭 5 平 7 令 9	年	月	日			
備考							

再交付申請の理由 (該当番号を○で囲んでください)	1 滅失・き損(破損)のため
	滅失、き損(破損)に至った状況(できるだけ詳細に記入してください)
2 盗難のため (悪用されるケースも想定されますので警察への連絡・届出をおすすめします)	
盗難にあった年月日と場所	
年 月 日 [場所]	
盗難にあった状況(できるだけ詳細に記入してください)	
上記に記載したとおり、被保険者証滅失いたしました。今後は取扱いに十分注意いたします。なお、この被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。	
被保険者署名・捺印	①

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。なお、今後は被保険者証を滅失または、き損(破損)することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名 ①

電話

令和 年 月 日 提出

受付日付印