

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

## 健康保険被保険者証 滅失・き損 届・再交付申請書

確認欄	
<input type="checkbox"/>	この届出については、又は の要件を満たしたものである。 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。

健康保険被保険者証の		被保険者の氏名	被保険者の生年月日	
記号	番号		昭和 平成	年 月 日

滅失、き損届・再交付申請の対象となる者及び原因	1	被保険者(本人が保持しているもの) 上記と同じ			原因	
	2	被扶養者(家族が保持しているもの) 対象となる家族の氏名等				
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		続柄	原因
			昭和 平成 令和	年 月 日		
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		続柄	原因
			昭和 平成 令和	年 月 日		
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		続柄	原因
			昭和 平成 令和	年 月 日		

滅失、き損届・再交付申請の届出理由 できるだけ詳しく記入してください。	<p>[き損の場合は必ず保険証を添付してください] [盗難の場合は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]</p>
--	--

上記のとおり、被保険者証を滅失・き損したのでお届けします。今後は十分取り扱いに注意いたしますので、再交付願いたく申請いたします。

なお、この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 住所

氏名

上記届出理由を調査したところ相違ないので証明します。

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十分指導いたします。

令和 年 月 日

受付日付印

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話