

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** 届・再交付申請書

き損

き損した保険証の添付をお願いします。

確認欄	
<input checked="" 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 記号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日			性別
2961	133	健保 太郎		5昭和 7平成	年 月 日	男	女

滅失、き損届・再交付申請の対象となる者及び原因 該当番号に印をしてください。	1	被保険者 (本人が保持しているもの)	上記と同じ	原因	滅失・き損	
	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	性別	続柄	原因
			5昭和 7平成 9令和	年 月 日	男女	滅失 き損
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	原因
			5昭和 7平成 9令和	年 月 日	男女	滅失 き損
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	原因
			5昭和 7平成 9令和	年 月 日	男女	滅失 き損

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。	病院で使用後、後ろポケットに入れたまま椅子に座った時に折れてしまった。 【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】
--	--

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 東京都江戸川区西葛西
氏名 健保 太郎

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
事業所所在地 東京都葛飾区亀有 - -
事業所名称 株式会社 村越商店
事業主氏名 村越 健太
電話 03-1234-5678

受付日付印