

常務理事	事務長		担当

健康保険 被保険者証 高齢受給者証 滅失（き損）届 再交付申請書

被保険者証の記号番号	記号	○	番号	○○○○○	社員・職員コード	○○○○
被保険者氏名と印	健保 太郎 (健)				生年月日	昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日
被保険者住所	〒000-0000 ○○県○○市○○町1-2-3 ○○マンション△△号室				電話	00 (1234) 5678
事業所名及び電話	EY○○○○○○				電話	00 (4321) 8765

対象者（該当項目に○）	①	被保険者（本人が保持している証カード）					
	②	被扶養者（家族が保持している証カード）					
	①	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日		
	②	氏名	健保 二郎	生年月日	昭和 平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日		
	③	氏名		生年月日	昭和 平成 令和		

申請の理由	滅失・き損（破損）した年月日、場所、その状況について（わかる範囲で記入してください）
	<p>日時： 平成 (令和) ○○年 ○○月 ○○日 午前(午後) ○時 ○分ごろ</p> <p>場所： 自宅</p> <p>状況： 引っ越しの際に紛失しました</p> <p>被保険者証を滅失又はき損（破損）いたしましたが、今後は十分注意いたします。なお、滅失した被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。</p> <p>令和 ○○年 ○○月 ○○日 被保険者氏名 健保 太郎 (健)</p>

◎き損のための再交付申請であるときは「き損となった被保険者証」を、この申請書に添付してください。

◎被保険者本人が自ら署名する場合は被保険者本人の押印は省略可です。被保険者本人の署名以外の場合は押印省略は不可です。

事業主の証明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。
	※事業主証明欄
	空欄のまま事業所委託先または事業所へ提出して下さい（委託先等で押印後、健保組合に回送されます）
	電話

令和○○年○○月○○日提出
受付日付印