

経過	被保険者証の返納があったときは、その年月日	平成	年	月	日
	資格を喪失した者であるときは、その年月日	平成	年	月	日

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者証 滅失/き損・再交付申請書

被 保 険 者 情 報	記号・番号	-	氏名		㊟
	住所	〒 -			
	TEL	-	-		
滅 失 ・ き 損 (破 損) の 理 由	<input type="checkbox"/>	滅失・き損（破損）のため	該当者氏名		
	滅失・き損（破損）した年月日と場所（わかる範囲で）				
	年 月 日 場所				
	滅失・き損（破損）に至った状況（できるだけ詳しく記入して下さい）				
<p>被保険者証を滅失又はき損（破損）いたしました。今後は取扱いに十分注意します。 また、滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに健保組合へ返納いたします。</p>					
被保険者 署名・捺印 ㊟					
<input type="checkbox"/>	盗難のため	該当者氏名			
盗難に遭った年月日と場所					
年 月 日 場所					
盗難に遭った状況（できるだけ詳しく記入して下さい）					
盗難届を提出した警察署の					
名称		警察署・交番		届出受理番号	
電話番号		-	-	NO.	
再交付希望の内容（再交付希望の方の番号に○印を付けてください）					
1	被保険者分	2	被扶養者分	該当者	氏名 氏名 氏名

※被保険者証の記号・番号を記入した場合はマイナンバーは不要です。
【被保険者のマイナンバー】

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提出日 年 月 日

事業所 担当印

上記のとおり被保険者から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。
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話

受付日付印