

経過	被保険者証の返納があった時は、その年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当
	資格を喪失した者であるときは、その年月日	平成 年 月 日			

健康保険 被保険者証 滅失/き損 ・ 再交付申請書

保険証の記号・番号	事業所名称	被保険者の住所
—		
被保険者の氏名	被保険者の住所	
⑩	〒	TEL — —

滅失・き損（破損）の理由 （該当番号に○印）	1	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ください）			
<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> <p style="text-align: right;">被保険者署名・捺印 ⑩</p>				
盗難のため	2	盗難のため	該当者氏名	
	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（できるだけ詳しく記入してください）			
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	(市外局番から)	NO.

再交付希望の内容 （該当番号に○印）	1	被保険者分	個人番号（マイナンバー）																		
	2	被扶養者分 (該当者を右記に記入してください)	氏名	続柄	個人番号（マイナンバー）																

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。なお今後は滅失又は毀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 電 話	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 ⑩

受付日付印