

健康保険 被保険者証再交付申請書(兼滅失届)

常務理事	事務長		担当者

①健康保険証の記号	②健康保険証の番号	③被保険者の氏名 (氏) (名) ㊟		④生年月日 昭・平 年 月 日			⑤資格取得年月日 昭・平・令 年 月 日			
⑥保険者の住所 〒 -				⑦所属会社・事業場(部室)						
再交付申請書	⑧再交付申請理由を○で囲んで下さい。 *滅失：下記滅失届欄記入のこと *き損：お手持ちの被保険者証を添付のこと ⑨再交付申請対象者を○で囲んで下さい 被保険者のみ / 被扶養者のみ / 両方 ★再交付不要の場合(資格喪失等)、こちらにも○⇒ 不要		再交付申請する被扶養者	⑩被扶養者の氏名 (氏) (名)		⑪生年月日 昭・平・令 年 月 日			⑫続柄	⑬備考
						昭・平・令				
						昭・平・令				
						昭・平・令				
						昭・平・令				
滅失届	⑭被保険者証を滅失した年月日 令和 年 月 日		⑰被保険者証を滅失した事由(詳しく)							
	⑮被保険者証を滅失した場所									
	⑯被害届等の届出年月日、届出警察署名 *滅失の際は必ず届け出て下さい 警察署名： 遺失届出番号		令和 年 月 日		被保険者証発見の際の返納誓約 記載のとおり被保険者証を滅失しましたが、今後は充分取扱いに注意します。なお、この被保険者証を発見した時は直ちに返納致します。 被保険者氏名 ㊟					

令和 年 月 日提出

受付日付印

事業主の証明	上記のとおり被保険者が健康保険被保険者証を滅失した事を証明すると共に、再交付申請がありましたので提出致します。なお、今後は健康保険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致します。	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	㊟
	事業主氏名	(局) 番
電話		

*この届出書は、健康保険の被保険者証を滅失したため、再交付を受ける場合、被保険者資格喪失届に被保険者証を添付して返納するところがない場合は、被保険者証の再交付を受けるために提出するものです。