

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者証 再交付申請書
 高齢受給者証

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号 番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得 年月日	平成	年	月	日	
	被保険者氏名と印	フリガナ 印		被保険者 住 所	〒								
	所属事業所 及び部署名								電話				
	提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅失 (紛失・盗難・不明) 2. き損 3. その他 ()											
	再交付を (該当するほうに○を)	1. 希望する 2. 希望しない											
	該 当 者 (該当するほうに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分											
	該当者が被扶養者の場合記入	①	フリガナ	続柄	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日				
		②	フリガナ	続柄	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日				
		③	フリガナ	続柄	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日				
	滅失き損したときはその状況	※出来るだけ具体的にご記入ください (いつ、どこで、どのような状況で)											

※健康保険者証・高齢受給者証の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等」を、この申請書に添付してください。
 ※滅失されたケースにおいて、被保険者証に起因する一切の事故については、その責任を当健保にて負いかねます。
 ※健康保険者証の滅失による再交付申請であるときは「健康保険被保険者証滅失始末書」を、この申請書に添付してください。

健康保険被保険者証・高齢受給者証滅失届 (滅失の場合のみ記入)

被保険者証等を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意いたします。
 なお、被保険者証等を発見したときは、再交付した被保険者証等を直ちに返納いたします。

平成 年 月 日 被保険者氏名 印

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、今後は被保険者証等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。	
	平成 年 月 日	
	住所	
	事業主 氏名 電話	印

平成 年 月 日提出
 受付日付印

年 月 日

健康保険被保険者証滅失始末書

健康保険被保険者証を下記の理由で紛失しましたことは、私の不注意のいたすところで、始末書をもってお詫び申し上げます。

なお、この被保険者証に起因する一切の事故については、その責任を当方にて負います。

記

1. 紛失日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃

1. 紛失場所 _____

1. 紛失理由 _____

1. 紛失届出（警察） 有 届出署名 _____

無

被保険者
所属事業所名及び部署名 _____

住 所 _____

氏 名 _____