

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

被保険者証の記号番号	記号	〇〇	生年月日	昭和	年	月	日	資格取得年月日	平成	年	月	日			
	番号	〇〇〇		平成	5	0	0		1	0	1	平成	1	7	0
被保険者氏名と印	フリガナ	ケンボ タロウ	被保険者住所	〒 123-4567											
	氏名	健保 太郎		〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号											
所属事業所及び部署名	株式会社 健康保険 組合							電話	03-1234-5678						
提出理由 (該当するものに○を)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 滅失 (紛失・盗難・不明) <input type="checkbox"/> 2. き損 <input type="checkbox"/> 3. その他 ( )														
再交付を (該当するほうに○を)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 希望する <input type="checkbox"/> 2. 希望しない														
該当者 (該当するほうに○を)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者分 <input type="checkbox"/> 2. 被扶養者分														
被保険者が記入するところ	①	フリガナ	続	生年月日	大正	昭和	年	月	日	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> <b>※該当者が、被扶養者の場合は、必ず記入してください</b> </div>					
	②	フリガナ					年	月	日						
	③	フリガナ	柄	生年月日	昭和	平成	年	月	日						
滅失き損したときはその状況	<b>※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)</b>														

※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	
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し、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に返納いたします。	<b>※滅失の場合は、必ず記入・捺印してください</b>
平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	被保険者氏名 <b>健保 太郎</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>

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。	
	住所	平成 年 月 日
	事業主氏名	<b>※事業主記入欄</b>
	電話	印

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 提出  
 受付日付印

## 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 〇月 〇日 〇〇時頃

1. 紛失場所 電车内 (〇〇線)

1. 紛失理由 寝ている間にスリに遭い、保険証を紛失してしまいました。

不注意により紛失してしまい、申し訳ございません。

再発行の手続きをお願いいたします。

1. 紛失届出 (警察)  有 届出署名 〇〇警察署

無

被保険者  
所属事業所名及び部署名 株式会社 健康保険 組合部

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号

氏 名 健保 太郎