

健保使用欄			
常務理事	事務長	課長	担当者

○の箇所を記入してください

健康保険被保険者証滅失・毀損・再交付申請書

被保険者証の記号－番号		事業所名称	
被保険者氏名	フリガナ	被保険者氏名	昭和・平成 年 月 日
現住所	〒 通知等、郵便の届く住所		電話番号 日中連絡のとれる連絡先
資格取得年月日	平成・令和 年 月 日	資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日
申請の理由			
1 滅失 2 毀損（毀損した被保険者証を添付） 3 盗難 4 その他：			
日時	令和 年 月 日	場所	
<p>紛失した状況について、詳しくご記入ください （警察に届出済みの場合は届出日・受理番号・届出警察署名）</p>			
<p>上記のとおり、被保険者証を[滅失・毀損]いたしました。今後は取扱いに十分注意します。 なお、滅失した被保険者証を発見した場合は、ただちに返納いたします。</p>			
令和 年 月	どちらかに○してください		保険者署名・捺印
滅失/毀損した被保険者証			
氏名	生年月日	続柄	再交付希望
滅失・毀損した方の氏名等を記入してください			1 あり
			2 なし
			1 あり
			2 なし
被保険者証滅失後の受診			
滅失後の受診をした場合には記入してください			

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出いたします。
今後は被保険者証を滅失・毀損することのないよう十分指導いたします。

令和 年 月 日

事業主

受付印