

健保使用欄			
常務理事	事務長	課長	担当者

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	生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
現住所	〒				電話番号	
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	
状況（できるだけ詳細に）						
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ときは、ただちに返納いたします。						
令和		年	月	日	被保険者署名・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	
	昭・平・令	年	月	日		1 あり 2 なし
	昭・平・令	年	月	日		1 あり 2 なし
	昭・平・令	年	月	日		1 あり 2 なし
被保険者証滅失後の受診						
氏名	診療年月日			受診した医療機関		
	令和	年	月	日		
	令和	年	月	日		
	令和	年	月	日		

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