

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 ⑩	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 ⑩	
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