

健康保険被保険者証再交付申請書（兼 滅失届）

理事長	常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証記号・番号		被保険者氏名	生年月日	資格取得年月日
記号	番号		昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
被保険者の住所・電話番号			申請区分（どちらかの番号に○）	
〒 ー TEL ()			1. 再交付申請 兼 滅失（き損含む） 2. 滅失のみ（再交付は不要の場合）	

申請の対象となる者	氏名	生年月日	被保険者との続柄	滅失したときの詳しい状況（日時、場所など）
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		

警察署への届出日： 年 月 日
警察署での届出受理番号： No.

◆紛失・盗難の場合は、第三者に悪用される危険性があるため、最寄の警察署への届出をお勧めします

◆下記の誓約書は、き損による申請の場合は不要です

誓約書	記載のとおり、健康保険被保険者証を滅失したことに相違ありません。 滅失した被保険者証が見つかった、又は回収できた時は、速やかに返却します。 また、滅失した被保険者証の不正使用が発覚した時は、貴組合へ速やかに連絡します。	年 月 日 提出
		被保険者氏名

上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出致します。
なお、今後は被保険者証を滅失又は、き損することのないよう十分指導いたします。

受付日付印

事業所 所在地
名称
事業主
電話