

健康保険被保険者証

滅失・き損再交付

申請書

処理 伺	常務理事	事務長	係

年 月 日 提出		社員番号		勤務地		フリガナ			
被保険者証の 記号一番号						被保険者 本人氏名			
健康保険証より必ず転記ください↑									
本人 住所	〒	本人 資格 取得 年月日	昭 平 令	年 月 日	本人 生年月日	昭 平 令	年 月 日	性 別	○ 男 ○ 女
再交付を申請する方			原因・理由		再交付の有無		保険証の 添付	備考	
<input type="checkbox"/> 被保険者本人 → 右の欄にも記入ください <input type="checkbox"/> 被扶養者家族 → 下の欄にも記入ください			<input type="radio"/> 遺失 <input type="radio"/> 盗難 <input type="radio"/> き損 <input type="radio"/> その他 (詳細は備考欄へ)		<input type="radio"/> 有 <無の場合の理由> <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 更新 <input type="radio"/> 資格喪失		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
被扶養者の申請はこちらへ	カノクフリガナ	性別	生年月日 (和暦)	続柄	原因・理由	再交付の有無	保険証の 添付	備考	
	家族氏名	○ 男 ○ 女	○ 昭 平 令 年 月 日		<input type="radio"/> 遺失 <input type="radio"/> 盗難 <input type="radio"/> き損 <input type="radio"/> その他 (詳細は備考欄へ)	<input type="radio"/> 有 <無の場合の理由> <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 更新 <input type="radio"/> 資格喪失	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
		○ 男 ○ 女	○ 大 昭 平 年 月 日		<input type="radio"/> 遺失 <input type="radio"/> 盗難 <input type="radio"/> き損 <input type="radio"/> その他 (詳細は備考欄へ)	<input type="radio"/> 有 <無の場合の理由> <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 更新 <input type="radio"/> 資格喪失	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
		○ 男 ○ 女	○ 昭 平 令 年 月 日		<input type="radio"/> 遺失 <input type="radio"/> 盗難 <input type="radio"/> き損 <input type="radio"/> その他 (詳細は備考欄へ)	<input type="radio"/> 有 <無の場合の理由> <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 更新 <input type="radio"/> 資格喪失	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		

● 滅失事由 被保険者証を滅失した経緯、下記太枠についても詳しくご記入ください。

【ご注意ください！】

- ・保険証を滅失した場合は早急に警察に届出し、警察署への届出受理番号を記載してください。
- ・被保険者証再交付は、2回目以降からカード1枚につき、1,000円(税込)を徴収します。
- ・被保険者本人氏名欄にご本人自ら署名した場合に限り押印は不要です。本人の自署以外の場合は押印ください。(Excel入力された際は押印ください)

滅失・き損年月日	滅失・き損した場所	滅失・き損した事由(詳しく)
令和 年 月 日		
(太枠)		
警察署への届出日	届出警察署	届出受理番号
令和 年 月 日		

誓約・署名欄

健康被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。
 なお、今後は健康保険被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分注意いたします。

被保険者本人氏名 _____

上記のとおり被保険者から健康保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は健康保険被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。
事業所所在地
名 称
事業主氏名