

健康保険被保険者証

## (滅失・き損) 再交付申請書

高齢受給者証

【申請者】

申請日 令和 年 月 日

健康保険被保険者証 記号・番号	記号	番号	
被保険者氏名	印		
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
被保険者住所	〒 - TEL ( ) -		
所属部署	TEL ( ) -		

注) 「き損」の場合は、その保険者証を添えてください。

氏名		続柄		「滅失」及び「き損」の状況
区分	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	※日時・場所等経緯を詳しく記入してください。 ( )		



滅失の場合のみ、下記もご記入ください

警察への届出状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	届出先	都・道・府・県	警察署
届出日	令和 年 月 日			



うえの申請書に記載したとおり、健康保険被保険者証を滅失いたしました。  
今後は、取り扱いに十分注意いたします。  
また、滅失した健康保険被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。

被保険者  
令和 年 月 日 署名 \_\_\_\_\_ 印

事業主証明欄	上記被保険者は、健康保険被保険者証を「滅失」又は「き損」したことに相違ないことを証明します。なお、今後は保険証を「滅失」又は「き損」することのないよう被保険者に徹底します。 令和 年 月 日		
	事業所所在地	印	
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話		

被保険者証発行日付	常務理事	事務長	担当	担当
年 月 日				

受付