

常務理事	事務長		担当者

# 健康保険被保険者証 **滅失** 再交付申請書

(注意事項)

・ 申請には必ず始末書の添付が必要となります。  
・ 被保険者証を盗難等により紛失したときは、早急に警察に届出して下さい。  
・ き損による再交付申請の場合は、その被保険者証を添付して下さい。

被保険者証 記号・番号	〇〇〇 - 〇〇〇	被保険者 氏名	健保 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日	昭和 <b>平成</b> 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和	資格取得年月日	昭和 <b>平成</b> 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和			
被保険者 住所	〒 123 - 1111 〇〇県〇〇市〇〇町9-9-9					
事業所の	名称	〇〇〇株式会社				
	所在地	〒123-1111 〇〇県〇〇市〇〇町5-5				
再交付申請の 対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 ※該当する方の□にチェックして下さい。また、被扶養者の方が該当する場合は、右欄に氏名等を記入して下さい。	対象被扶養者	被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
			健保 華子	平成 〇〇.〇〇.〇〇	男 <input checked="" type="radio"/> 女	妻
					男・女	
					男・女	
再交付申請の理由	①. 滅失 2. き損 (いずれかに○をして下さい。)					
滅失・き損した日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和	滅失・き損した場所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
滅失・き損したときの状況	旅行先にて買い物の際に紛失					
うえのとおり、被保険者証の再交付を申請いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう保管に留意するとともに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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者氏名 健保 太郎						

事業主の証明	うえのとおり、被保険者証を滅失・き損したことに相違ないことを証明します。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう、当事業所の全被保険者対し、周知徹底をはかります。 令和 年 月 日					
	事業所所在地	<div style="border: 2px solid blue; padding: 10px; display: inline-block;">事業主記入</div>				
	名称					
	事業主氏名					
電話						

志村化工健康保険組合

受 付 印