

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

滅失
き損

常務理事	事務長	職員	担当者

健康保険被保険者証の		被保険者氏名・印			生 年 月 日	
記 号	番 号	印			昭和 平成 令和	年 月 日
被保険者証の記号番号に代えて個人番号での申請を希望する場合のみ個人番号記入						
被保険者の住所					資格取得年月日	
〒 -					昭和 平成 令和	年 月 日
再 交 付 対 象 者	氏 名	続柄	生 年 月 日	性別	再交付の原因 (いずれかに○ その他の場合は理由記載)	
			昭和 平成 令和 年 月 日	男	1 滅失	2 き損
			昭和 平成 令和 年 月 日	女	3 その他()	
			昭和 平成 令和 年 月 日	男	1 滅失	2 き損
			昭和 平成 令和 年 月 日	女	3 その他()	
			昭和 平成 令和 年 月 日	男	1 滅失	2 き損
			昭和 平成 令和 年 月 日	女	3 その他()	
紛失した日時		令和 年 月 日			曜日 時頃	
紛失した場所						
紛失した経緯						
紛失再発防止策(具体的に)						
<p>今後は健康保険証の管理・保管に十分留意し、再発防止に努めます。</p> <p>提出日 令和 年 月 日</p> <p>被保険者署名</p>						

《注意事項》

- ・申請書提出先: 事業所人事総務(健康保険組合ではありません)
- ・太線の枠内を記入押印、または該当項目に○印をつけてください。
- ・続柄欄には「本人」「夫」「妻」「父」「母」「長男」「長女」などと詳しく記入してください。
- ・被保険者証き損の場合はその被保険者証を添付してください。
- ・滅失した被保険者証を発見したときは、発行年月日が古い方の保険証を必ず返納ください。
- ・被保険者証は保険診療を受けるときの身分証明書です。大切に保管しましょう。

事業 主 欄	上記のとおり被保険者から健康保険証の再交付申請がありましたので届出いたします。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充分指導いたします。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	印

<p>健保受付印</p>
<p>再交付履歴 <input type="checkbox"/> 滅失エントリ <input type="checkbox"/> 証交付 <input type="checkbox"/></p>