

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

被保険者証の		被保険者の氏名		性別	生年月日	
記号	番号			男・女	昭和・平成・令和	
					年 月 日	
被保険者の住所			被保険者の所属する事業所名称			
再交付の原因	再交付する保険証の対象者		再交付する保険証の種類			
滅失	1. 被保険者 2. 被扶養者(下記に記入)		1. 健康保険被保険者証 2. 健康保険高齢受給者証 3. 限度額適用認定証 4. 特定疾病療養受領証			
再発行を 希望する 被扶養者	氏名		生年月日		性別	続柄
			昭和 平成 令和 年 月 日		男・女	
保険証等を 滅失した 際の状況	理由を詳細にご記入ください。(いつ、どこでなくなったか等)					
	届出の有無		1. 遺失物届 2. 盗難届 3. 届出なし			
	遺失物・盗難届出日 年 月 日		届出場所 警察署・交番		受理番号	
上記に記載したとおり、被保険者証等を滅失いたしました。今後は十分取り扱いに注意いたします。 なお、被保険者証等を発見した際は、ただちに返納いたします。						
令和 年 月 日						
被保険者氏名 ㊟						

令和 年 月 日 提出

上記のとおり被保険者から健康保険証等の再交付申請がありましたので提出いたします。なお、今後は健康保険証等を滅失することのないよう十分指導いたします。	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	㊟

受付日付印
