

被保険者証滅失届・再交付（滅失・毀損）申請書

令和 年 月 日 申請

確認欄 (チェック)	この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者証		事業所・所属	被保険者氏名		自宅郵便番号		自宅住所	
記号	番号		(フリガナ)	(氏名)				
個人番号 (マイナンバー)			連絡先(勤務先)		( )			

滅失・毀損・無余白の事由	対象者の氏名	性別	生年月日				続柄
	(フリガナ)		元号	年	月	日	
	(氏名)	男	昭				
		女	平				
			令				
		男	昭				
		女	平				
			令				
	(フリガナ)	男	昭				
	(氏名)	女	平				
			令				
	(フリガナ)	男	昭				
	(氏名)	女	平				
			令				
	(フリガナ)	男	昭				
	(氏名)	女	平				
			令				

※滅失した被保険者証について、クレジットカードやキャッシュカードのように効力を無くすことはできません。

※滅失した場合は、警察署へ紛失又は盗難届の届出をお勧めします。なお、届出をされた場合は、届出た警察署名及び届出た警察署が発行した受理番号を必ず記入して下さい。

上記のとおり被保険者から被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又は毀損することのないよう十分指導いたします。

事業主の証明欄	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	連絡先 ( )

健保組合処理欄	※決裁年月日 年 月 日			
	常務理事	事務長	審査	担当

健保受付日付印

