

健康保険 被保険者証 滅失・き損・再交付申請書

適用グループ	

◎再交付理由がき損（破損）の場合は、被保険者証を添付してください。

被保険者証		被保険者の氏名		
記号	番号			
被保険者の住所				
〒				
再交付希望の被保険者証 （該当番号に○印）	1	被保険者（本人が保持しているもの）		
	2	被扶養者（家族が保持しているもの）		
		氏名	生年月日	続柄
			大正昭和平成 年 月 日	
			大正昭和平成 年 月 日	
	大正昭和平成 年 月 日			
	大正昭和平成 年 月 日			

1	滅失・き損（破損）のため
滅失・き損（破損）した年月日と場所（わかる範囲で）	
平成 年 月 日	〔場所〕
滅失、き損（破損）に至った状況（できるだけ詳細に記入してください）	
被保険者証を滅失又は、き損（破損）いたしました。今後は取扱いに十分注意します。 （滅失した被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。）	
被保険者署名・捺印	
2	盗難のため
〔悪用されるケースも想定されますので、警察への連絡・届出をおすすめします。〕	
盗難にあった年月日と場所	
平成 年 月 日	〔場所〕
盗難にあった状況（できるだけ詳細に記入してください）	

再交付申請の理由（該当番号に○印）

上記のとおり被保険者から健康保険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または、き損（破損）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	

平成 年 月 日 提出

受付日付印