

# 健康保険被保険者証 滅失届 兼 再交付申請書

常務理事	事務長		係員

西暦 年 月 日 提出

被保険者	被保険者証	記号		氏名		住所	〒 -				
		番号									
対象者	氏名			生年月日		対象者の該当する箇所に○を付けてください。(複数回答可)					
	フリガナ			西暦	年 月 日	紛失(盗難含む)を届出	破損(表示不鮮明含む)を届出		再交付を依頼		
	フリガナ			西暦	年 月 日	紛失(盗難含む)を届出	破損(表示不鮮明含む)を届出		再交付を依頼		
	フリガナ			西暦	年 月 日	紛失(盗難含む)を届出	破損(表示不鮮明含む)を届出		再交付を依頼		
状況報告	滅失届または破損届の理由を詳しく記入してください。 紛失の場合は、警察への届出を必ず実施していただくとともに、必要に応じて交通機関や施設などにも届出をしてください。					該当する箇所に○を付け、署名と押印をしてください。(複数回答可)					
						紛失	警察への届出を必ず実施するとともに、滅失した保険証が発見された場合は、速やかに返納します。				
						破損	旧保険証を返納します。				
						再交付	再発行された保険証の取り扱いに十分注意します。				
						被保険者署名欄					

上記のとおり被保険者から申請がありましたので、届出いたします。  
なお、紛失・破損については、再発の無いよう指導いたします。

・被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。  
・備考欄にマイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。  
備考欄 ( )

事業主記入欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	

受付日付印
-------