

健康保険 被保険者証再交付申請書 (滅失・き損)

被保険者証の記号番号		被保険者の氏名				
—						
被保険者住所						
〒						
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		
			昭和 平成 令和	年 月 日		
		氏名	生年月日	続柄		
			昭和 平成 令和	年 月 日		
		氏名	生年月日	続柄		
			昭和 平成 令和	年 月 日		
	氏名	生年月日	続柄			
		昭和 平成 令和	年 月 日			
再交付申請の理由(該当番号に○印)				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)		
				年 月 日	場所	
)		
滅失、き損(破損)に至った状況について出来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(滅失)いたしました但し、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、直ちに返納いたします。)						
被保険者氏名 印						
2 盗難のため (悪用されるケースも想定されるので、警察への届出をお願いします)						
盗難にあった日と場所						
年 月 日 (場所)						
盗難にあった状況について						

上記の届出のとおり相違ありません。	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	印

年 月 日提出 受付日付印