

| | | |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | |

健康保険被保険者証 滅失届 兼 再交付申請書

| | | | | |
|---|---|---------------------------------|----------------------|----------|
| 申請の種類 ※ | 滅失 き損 無余白 | | | |
| 被保険者の 記号-番号 | — | 被保険者の 氏名 | | |
| 被保険者の 住所 | 〒 — | | 生年 月日 | 和暦 年 月 日 |
| 資格取得 (入社)日 | 和暦 年 月 日 | 会社名 及 事業所 | 任意継続被保険者は記入の必要はありません | |
| 被保険者証を 滅失・き損した状況 または 再交付を希望する 理由 | | | | |
| 盗難・紛失等の場合は警察等へ必ず届け出てください。 | | | | |
| 届出日：和暦 年 月 日 | | 届出警察署： | | 届出番号： |
| 保険者証の 再交付 ※ | 必要あり | すでに資格喪失のため必要なし (資格喪失日：和暦 年 月 日) | | |
| 必要ありの場合 再交付対象者※ | 被保険者 | 被扶養者 | 被扶養者の場合 対象者氏名 | 続柄 |
| <p>誓約事項 (申請の理由が滅失のときにご記入ください)</p> <p>上記のとおり被保険者証を滅失したことに相違ありません。この被保険者証について万一事故のあった場合は、責任を持って賠償しますとともに、今後被保険者証の保管および取り扱いについては十分注意いたします。なお滅失した被保険者証を発見したときは直ちに返納します。</p> <p>和暦 年 月 日 被保険者氏名</p> | | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|--|
| 事業 所 の 証 明 欄 | 上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう充分指導いたします。 | | | |
| | 〒 和暦 年 月 日 | | | |
| | 所 在 地 | | | |
| | 名 称 | | | |
| 代表者氏名 | | | | |

受付日付印

(注意事項)

- ・ この書類は会社の健康保険担当者を通じて健保組合へ提出願います。任意継続被保険者は直接健保へお送りください。
- ・ き損・無余白の場合は該当する保険者証を添付して申請してください。
- ・ ※欄はそれぞれ該当するものを丸でかこんでください。