

常務理事	事務長	担当

健康保険 **被保険者証** 再交付申請書
 高齢受給者証

被保険者証の記号番号	記号	〇〇	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格取得年月日	平成 令和	年	月	日
	番号	〇〇〇			〇〇	01	01		〇〇	04	01	
被保険者氏名と印	フリガナ	ケンボ タロウ		被保険者住所	〒160-0023 東京都新宿区西新宿〇〇-〇							
		健保 太郎 (印)										
所属事業所及び部署名	株式会社 健康保険 組部							電話	03-1234-5678			
被保険者が記入するところ	提出理由 (該当するものに○を)	① 滅失 (紛失・盗難・不明) 2. き損 3. その他 ()										
	再交付を (該当するほうに○を)	① 希望する 2. 希望しない										
	該当者 (該当するほうに○を)	① 被保険者分 2. 被扶養者分										
該当者が被扶養者の場合記入	①	フリガナ	続	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
	②	フリガナ			昭和 平成 令和	年	月	日				
	③	フリガナ	柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
滅失き損したときはその状況	※出来るだけ具体的にご記入ください (いつ、どこで、どのような状況で) 引越しの際に紛失											

※健康保険者証・高齢受給者証のき損のための再交付申請であるときは「き損となった被保険者証等」を、この申請書に添付してください。
 ※滅失されたケースにおいて、被保険者証に起因する一切の事故については、その責任を当健保にて負いかねます。
 ※健康保険者証の滅失による再交付申請であるときは「健康保険被保険者証滅失始末書」を、この申請書に添付してください。

健康保険被保険者証・高齢受給者証滅失届		※滅失の場合は、必ず 記入・捺印してください
被保険者証等を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意 なお、被保険者証等を発見したときは、再交付した被保険者証等 に返納いたします。		
令和〇〇年〇月〇日	被保険者氏名 健保 太郎	(印)

事業主の証明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。なお、今後は被保険者証等を 滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。			令和 年 月 日
	住所	※事業主記入欄		印
	事業主 名称			
	氏名			
	電話			

令和〇〇年〇月〇日提出
 受付日付印

健康保険被保険者証滅失始末書

健康保険被保険者証を下記の理由で紛失しましたことは、私の不注意のいたすところで、始末書をもってお詫び申し上げます。

なお、この被保険者証に起因する一切の事故については、その責任を当方にて負います。

記

1. 紛失日時 _____ 令和 〇月 〇〇日 13時頃 _____
1. 紛失場所 _____ 〇〇線 電車内 _____
1. 紛失理由 _____ 寝ている間に、保険証の入っている財布を盗まれた。 _____

1. 紛失届出 (警察) 有 _____ 届出署名 〇〇警察署 _____
無

被保険者
所属事業所名及び部署名 _____ 株式会社 健康保険 組合部 _____

氏 名 _____ 健 保 太 郎 _____