

健保 受付印	事業所 受付印
--------	---------

健康保険被保険者証 再交付申請書 滅失・き損届

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名 (自署)	(フリガナ) ----- (自署)	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	住所	(〒	—			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			

申請理由と再交付を受ける対象者	申請理由	該当項目をチェック <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 警察へ紛失・盗難の届出を <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない		
			<input type="checkbox"/> き損(汚れ等) ※紛失・盗難時は第三者による不正使用の恐れがあるので届出ください		
			<input type="checkbox"/> その他(破棄した等の理由 _____)		
	再交付の対象者				
	氏名	続柄	性別	生年月日	資格喪失時に保険証を返納できないとき
		男 女	昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 喪失時の返納不能	
		男 女	昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 喪失時の返納不能	
		男 女	昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 喪失時の返納不能	
		男 女	昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 喪失時の返納不能	
滅失・き損した時の状況を記載ください (誰が・いつ・どこで・どのような状況で滅失・き損したのか)					
誓約書					
上記のとおり再交付申請・届出します。 今後は健康保険者証の取扱いについて十分に注意します。また、滅失した保険者証が第三者の不正使用により生じる損害は私が負担します。 なお、滅失した保険者証を発見した時は直ちに返納します。					
被保険者 署名 _____			年	月	日提出
上記のとおり相違ないことを証明する。					
事業所 所在地			電話	()
事業所 名称					
事業主 氏名					

再交付年月日	常務理事	事務長	係
令和 年 月 日			

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・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

被保険者のマイナンバー記載欄