

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

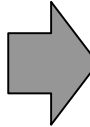
常務理事	事務長		処理者

健康保険被保険者証 記号 番号		被保険者の氏名		生年月日 昭和 平成		性別 男 1. 女 2.	資格取得 年月日	H 年 月 日
							再交付日 年月日	H 年 月 日
被保険者の住所							備考	

この届出は、健康保険被保険者証を滅失または、き損したために再交付を受ける場合に提出してください。
き損の場合は、被保険者証を添付してください。

再交付希望の被保険者証(該当番号に印)	1	被保険者(本人)		滅失 き損	
	2	被扶養者(家族)			
		氏名	生年月日	原因	
			昭和 平成	年 月 日	滅失 き損
			昭和 平成	年 月 日	滅失 き損
			昭和 平成	年 月 日	滅失 き損
	昭和 平成	年 月 日	滅失 き損		

(該当番号に印)	1	滅失のため (警察署へ届出てください。遺失届または盗難届)
	2	き損のため (申請時は、き損の被保険者証を添付してください)
再交付申請の理由	滅失または、き損に至った状況(できるだけ詳細に記入してください)	
	----- ----- -----	
	事由発生年月日：平成 年 月 日	
被保険者証を滅失またはき損いたしました。今後は取扱いに十分注意します。 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。		
被保険者氏名		



上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付がありましたので提出いたします。
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十分指導いたします。

事業所所在地	〒 -		
事業所名称			
事業所氏名			
電話	(局)	番	

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄