

健康保険被保険者証

滅失 / 毀損 再交付申請書

常務理事	事務長		担当者

届出日 和暦 () 年 月 日

①被保険者証の 記号-番号	—		届出の種類	滅失 毀損 喪失 その他
②被保険者氏名			③生年月日 () 年 月 日 和暦を記入	
④事業所名称				
⑤被保険者証を 滅失(毀損)したと きの状況 (詳しく)				
⑤遺失物、盗難届	遺失物届出日 和暦 () 年 月 日		届出場所 警察署 交番	届出番号 NO
⑥再交付を希望 するものの氏名等	名前	生年月日 和暦 年 月 日	性別	続柄 (例:本人、長男)
1		() 年 月 日		
2		() 年 月 日		
3		() 年 月 日		
4		() 年 月 日		
5		() 年 月 日		

上記に記載された通り、再発行をいたします。
滅失してしまった場合で、再発行後に被保険者証が発見された場合には、速やかに発見された被保険者証を返却ください。

※再発行手数料は1枚につき1,000円必要です。
※毀損の場合には、毀損となった被保険者証を添付してください。再発行手数料は不要です。

上記の届について事実と相違ないこと証明いたします。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

事業主様におかれましては、この欄は「ゴム印」の押印をお願いします。

受付日付印

和暦 年 月 日