

常務理事	事務長			担当

記入例

健康保険 被保険者証 高齡受給者証 滅失・き損 再交付申請書

社員番号		←記入してください				
被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 1 番号 00000	生年月日 昭和 平成 6 0 1 0 1 5	資格取得年月日	令和 0 2 0 4 0 1	
	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	被保険者住所	〒 ××× - ×××× 東京都世田谷区△△1-1-1 電話 03-1111-××××		
	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 (該当するものに○を)	1. 希望する 2. 希望しない				
	該当者 (該当するものに○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	続柄	生年月日	昭和 平成 令和
		②	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和
		③	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和
	滅失又は毀損したとき のその状況	※できるだけ具体的に記入ください 紛失した時などの状況を詳しく記入してください 空欄では保険証を発行できません				
	警察への届出状況	有・無	届出先	00	警察署	届出日 令和 2 年 6 月 9 日

◎健康保険被保険者証のき損のための再交付申請であるときは、き損した被保険者証を、この申請書に添付してください。

健康保険被保険者証・高齡受給者証滅失届 (滅失の場合のみ記入)
うえの申請書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は、取り扱いに十分注意いたします。また、滅失した健康保険被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。
令和 2 年 6 月 10 日 被保険者氏名 健保 太郎

事業所の証明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。
	令和 年 月 日
	事業所所在地 〒
	事業所名称
	事業主氏名 電話

令和 年 月 日提出
受付日付印