

常務理事	事務長	事務次長	業務課長	係

## 健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

<p>(注意事項) 被保険者証を盗難等により紛失したときは、その被保険者証を添付してください。</p>	被保険者証記号番号	○○○○ — ○○○○	被保険者氏名	健保 太郎	性別	男	
	生年月日	昭和 平成 00 年 00 月 00 日	資格取得年月日	昭和 平成 00 年 00 月 00 日			
	被保険者住所	〒 000 - 0000 ○○県○○市○○町1-1					
	事業所の	名称	○○○○株式会社				
		所在地	○○県○○市○○町1				
	再交付申請の対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	対象被扶養者	被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
		<input type="checkbox"/> 被扶養者			昭・平・令 年 月 日	男女	
		※ 該当する方の□にチェックしてください。また、被扶養者の方が該当する場合は右欄に氏名等を記入してください。			昭・平・令 年 月 日	男女	
					昭・平・令 年 月 日	男女	
					昭・平・令 年 月 日	男女	
				昭・平・令 年 月 日	男女		
再交付申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失	<input type="checkbox"/> き損	(いずれかの□にチェックしてください)				
	滅失・き損した日	令和 00 年 00 月 00 日	滅失・き損した場所	○○○○			
	滅失・き損したときの状況 旅行先で買い物に出かけた際に紛失してしまった						
<p>うえのとおり、被保険者証の再交付を申請いたします。 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、保管に留意するとともに滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p>令和 00 年 00 月 00 日</p> <p>被保険者氏名 健保 太郎</p>							

事業主の証明	うえのとおり、被保険者証の再交付を申請いたします。 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、当事業所の全被保険者に対し周知徹底をはかります。	令和 年 月 日
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	