

常務理事		課長	課長補佐	係長	担当者

健康保険 被保険者証 滅失(き損)届
 高齢受給者証 再交付申請書

◎ 標題の文字、再交付の要否は、それぞれ該当する項目にチェック又は○を記してください。
◎ 再交付申請の理由が、き損(破損)の場合は、その保険証を添付してください。

被保険者証		被保険者の氏名と印		申請の理由(該当項目に○)
記号	番号	㊟		
被保険者の住所				
〒 _____ 番 _____ 号 _____				
〒 _____ 番 _____ 号 _____				
申請対象となる方(該当項目に○)	1	被保険者(本人が保持している証カード)	要・否	
	2	被扶養者(家族が保持している証カード)	再交付の要否	
		氏名	生年月日	要・否
			大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日 昭和 _____ 平成 _____	要・否
			大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日 昭和 _____ 平成 _____	要・否
			大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日 昭和 _____ 平成 _____	要・否
	大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日 昭和 _____ 平成 _____	要・否		
1 滅失・き損(破損)のため 滅失・き損(破損)した年月日と場所(わかる範囲で) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 場所 [_____] その状況 [_____] 被保険者証を滅失又はき損(破損)いたしましたが、今後は十分注意いたします。 なお、 <u>滅失した被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。</u> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者氏名 _____ ㊟				
2 滅失(盗難による)のため *悪用されるケースも想定されますので警察への連絡・届出をおすすめします。 盗難にあった年月日と場所 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 場所 [_____] その状況 [_____]				
3 その他(下記に理由をご記入願います) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出				

受付日付印

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は証を滅失またはき損(破損)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	
事業主氏名	
電話	