

黒のボールペンで記入してください。
(鉛筆・消えるボールペンは不可です)

健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名 (自署)	
記号 1 2 3	番号 4 5 6 7	健保 太郎	
生年月日		被保険者の現住所	
昭和・平成 60 年 12月 12日		〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2 〇〇マンション102 電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
資格取得年月日		被保険者証を滅失・き損した年月日	
令和 2 年 4 月 1日		令和 △ 年 9 月 10 日	

被保険者証の 再交付申請をする者 ※□にチェックをしてください	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者		
	<input type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入)		
	該当被扶養者氏名	生年月日	続柄
		昭 平 令 年 月 日	
		昭 平 令 年 月 日	
		昭 平 令 年 月 日	
再交付を申請する事由(詳細)	JROO駅で被保険者証が入った財布を落とし、紛失してしまったため。		
備考			

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。
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充分指導いたします。

令和 △ 年 9 月 15 日

〒 123-4567
事業所所在地 東京都〇〇市〇〇町1-2-3

事業所名称
医療法人社団 □□

事業主氏名
理事長 □□ □□

電話番号

【注意事項】

- 被保険者証を滅失した場合は、**「健康保険被保険者証滅失届」**をあわせて提出してください。
- 被保険者証をき損した場合は、き損した被保険者証を添付してください。

受付年月日