

# 健康保険 被保険者証・限度額適用認定証・高齢受給者証 滅失・き損 届再交付申請書

申請される証を○で選択してください

被保険者が記入するところ	被保険者証の(右づめ)	記号 [ ]	番号 [ ]	生年月日 □昭和 □平成 □令和	年 月 日 [ ] [ ] [ ]	
	氏名	(フリガナ)			性別	□男 □女
	住所	(〒 - )		都 道 府 県		
	電話番号(日中の連絡先)	TEL ( )				

下記のとおり滅失・き損したことを届出申請します。

□令和 年 月 日  
□( )

チェック欄	滅失・き損をした方の氏名	生年月日	性別	再交付の理由
<input type="checkbox"/>	被保険者(本人)分	/		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/>	被扶養者(家族)分	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 男女 <input type="checkbox"/> 男女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 男女 <input type="checkbox"/> 男女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/>	滅失・き損をした時の状況	日時	□令和 □( ) 年 月 日	
		場所		
		状況		

再交付を  希望する  希望しない

- 【注意事項】**
- ・後日紛失した保険証が見つかった場合は、すみやかに返却してください。
  - ・盗難・紛失による滅失のときは、悪用防止のためにも、警察に届出をすることをお勧めします。
  - ・き損の場合は、旧保険証を添付してください。

事業主欄	事業所所在地	上記のとおり被保険者から滅失・き損、再交付申請がありましたので届出します。 □令和 □( ) 年 月 日	任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。
	事業所 名称		
	事業主氏名		

常務理事	事務長			担当者

受付日付印	
-------	--