

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	被保険者等の(右づめ)	記号 3	番号 1 2 3 4	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 5	月 3	日 4	日 1
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	住所	(〒 000 - 0000) 千葉 都 道 府 県 千葉市〇〇区〇〇〇1-2-3			電話番号(日中の連絡先)	TEL 000 (000) 0000		

下記のとおり滅失・き損したことを届出申請します。

令和 3 年 4 月 1 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 checked="" type="checkbox"/>	被保険者(本人)分	/		<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他			
証を滅失・き損した状況について	被扶養者(家族)分	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td> <td>年 月 日
<input type="/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他				
	滅失・き損をした時の状況	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td> <td>年 月 日
<input type="/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他				
日時		<input checked="" type="checkbox"/> 令和 3 年 3 月 20 日 <input 2"="" type="checkbox/>()</td> </tr> <tr> <td colspan="/> 場所			通勤途中		
状況		財布に入れて持ち歩いていたところ、通勤中に財布を紛失してしまったため、一緒に保険証も紛失してしまった。					

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、旧証を添付してください。

事業主欄	事業所所在地 事業所 名称 事業主氏名	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。 <input type="checkbox"/> 令和 <input 476="" 72="" 872="" 942"="" data-label="Form" type="checkbox/>() 年 月 日</td> <td>任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。</td> </tr> </table> </div> <div data-bbox="/> <table border="1"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td></td> <td>担当者</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	常務理事	事務長		担当者				
常務理事	事務長		担当者							

受付日付印	
-------	--