

健康保険 被保険者証 再交付申請書

記号一番号	被保険者氏名	生年月日	性別
—		昭和・平成 年 月 日	男・女
住所 〒 —		電話	

滅失・き損し、再交付を申請する証について、記入してください。

証を滅失・き損した者 (左欄 ア・イに○をつけてください。)					届出事由
ア	被保険者本人				滅失 (紛失・盗難)・き損
イ	被扶養者 (下記氏名記入)	生年月日	性別	続柄	届出事由
		昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		滅失 (紛失・盗難)・き損
		昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		滅失 (紛失・盗難)・き損
申請理由	滅失 (紛失・盗難)・き損(破損)した年月日および場所 令和 年 月 日 場所 ()				
	滅失・き損した状況を詳しく記入してください。※盗難・紛失の場合は、必ず警察へ届け出てください。				

被保険者記入	<p>上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失・き損したので、届出いたします。</p> <p>今後は取り扱いに十分注意いたしますので、再交付をお願いします。</p> <p>なお、滅失した被保険者証が見つかりましたら、直ちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者署名 _____</p>
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※保険証の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄へ記載してください。

マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--

事業主の証明	<p>上記のとおり、被保険者証を滅失・き損したに相違ないことを証明します。被保険者から再交付の申請がありましたので、届出いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電話</p>
--------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

健康保険処理欄	<p>【再発行日】</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>【被保険者証返納日】</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(き損の場合および滅失届出後に再発見した場合)</p>
---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※き損 (破損など) の場合は、その保険証を添付してください。

受付印

