

# 健康保険被保険者証等 滅き無 余 失損白 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係員

◎再交付の原因が「滅失」の場合は、被保険者本人が✓を付した場合、被保険者本人の始末書を添付すること。  
但し、③誓約書欄の□に被保険者本人が✓を付した場合は不要です。

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	フリガナ			③ 生年月日	
		⑦ 被保険者の氏名	(氏)	(名)	昭平 年 月 日	
④ 資格取得年月日	⑤ 被保険者の住所			⑥ 再交付申請の対象	⑧ 再交付を申請する証	
年 月 日	〒			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	
⑨ 滅失又はき損の事由		被保険者証の記号番号に代えて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		
再交付申請の対象となる被扶養者	⑩ 氏名		⑪ 生年月日	⑫ 続柄	⑬ 誓約書 <input type="checkbox"/> この度、保険証等を紛失いたしました。今後は充分取扱いに注意いたします。また、紛失した保険証等が万一不正使用されたことにより、貴組合が損害を被った場合には、私がおの一切の責任を負うことを誓約します。 ※□に✓を付してください。  被保険者氏名 _____	
	(氏)		(名)	昭平令 年 月 日		
	(氏)		(名)	昭平令 年 月 日		
	(氏)		(名)	昭平令 年 月 日		
	(氏)		(名)	昭平令 年 月 日		

令和 年 月 日提出

受付日付印

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証等の再交付申請がありましたので届出いたします。なお、今後は被保険者証等を滅失又はき損することのないよう充分指導いたします。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	( )-( )-( )

社会保険労務士記載欄
氏名等