

健康保険 被保険者証（滅失・き損）再交付申請書

【申請者】

記号：100・200・300・400 番号

健康保険被保険者証 記号・番号	記号	〇〇〇	番号	****
被保険者氏名	健保 太郎			
生年月日	昭和 平成 1 年 3 月 1 日			
入社日	平成 令和 2 年 4 月 1 日			
被保険者住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ●●県〇市△町▲番地 □□コーポ▲号室 TEL (xx) xxxx - xxxx			

【届出の対象者】 注) 「き損」の場合は、その保険者証を添えてください。

氏名	健保 太郎	続柄	本人	「滅失」及び「き損」の状況
区分	☒ 滅失 ☐ き損	※日時・場所等経緯を詳しく記入してください。 4月1日午前7時頃×駅で保険証が入った財布を落としました。		

↓
滅失の場合のみ、下記もご記入ください。

警察への届出状況	☒ 有 ☐ 無	届出先	●●都・道・府・県	△△△ 警察署
届出日	令和 3 年 4 月 2 日			

↓

うえの申請書に記載したとおり、健康保険被保険者証を滅失いたしました。
今後は、取り扱いに十分注意いたします。
また、滅失した健康保険被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。

令和 3 年 4 月 2 日 署名 健保 太郎

事業主証明欄	上記被保険者は、健康保険被保険者証を「滅失」又は「き損」したことに相違ないことを証明します。
	なお、今後は保険証を「滅失」又は「き損」することのないよう被保険者に徹底します。
	令和 年 月 日

被保険者証発行日付	常務理事	担当	担当	担当

受付印