

交付伺い	常務理事	事務長	課長	担当者

## 健康保険 被保険者証（滅失・き損）再交付申請書

**※添付書類…被保険者の運転免許証の（写）**

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号		被保険者 氏 名		
		番号				
	事業所名				生年月日	昭和 年 月 日 平成
	再交付の該当者 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 被保険者				
		<input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	続柄		
			氏名	続柄		
		氏名	続柄			
	再交付申請事由 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 滅失 ※注1	<input type="checkbox"/> 盗難 ※注1	<input type="checkbox"/> き損 ※注2	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		※注1 紛失・盗難で他人に使用される可能性がある場合は警察への届出をお勧めします。 ※注2 き損した該当の証を添付してください。				
	再交付申請 事由の詳細	【発生日】	令和 年 月 日			
【発生場所】						
【発生状況】 できるだけ 詳しく記入						
※最後に使用または確認した日 令和 年 月 日						
<p>上記のとおり保険証を（滅失・き損）しましたので、届出しますとともに保険証の再発行を申請します。          今後は十分取扱いに注意し、保険証を発見したときは、直ちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">〒                      ー</p> <p style="text-align: center;">現住所 _____ Tel (                      )</p> <p style="text-align: center;">被保険者 _____ 氏名 _____</p>						

事 業 主 証 明 欄	令和 年 月 日
	事業所
	所在地 名称 事業主名

**注意事項** ①本人確認のため、被保険者の運転免許証の（写）を添付してください。  
 ②滅失した保険証が見つかった場合は、交付日の古い保険証を返納してください。