

※ 決 裁 欄	再交付事由	盗難・遺失・被災・紛失・毀損	常務理事	事務長		係員
	再交付手数料	円				

健康保険 被保険者証(カード) 滅失 再交付申請書

(注意事項)

※ 毀損による再交付申請であるときは、毀損した被保険者証(カード)を必ず添付して下さい。
 ※ 再交付には被保険者証(カード)一枚につき手数料が千円かかります。

記入の方法
 一、③及び⑧の年号、⑥の再交付の原因、⑨の男女の別はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。
 二、⑬の滅失(毀損)した理由はなるべく詳細に記入してください。
 三、※印欄は記入しないでください。

① 被保険者証の記号及び番号	記号	番号					
② 被保険者氏名			③ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生
④ 被保険者の現住所	〒 —						
⑤ 被保険者の資格を取得した日	平成 令和	年	月	日	⑥ 再交付の原因	滅失	毀損
⑦ 再交付が必要な者の氏名			⑧ 生年月日		⑨ 性別	⑩ 続柄	
			昭和 平成 令和		年	月	日生 男・女
⑪ 被保険者証を滅失又は毀損した年月日		年	月	日	⑫ 被保険者証を滅失した場所		
⑬ 被保険者証を滅失又は毀損した理由(具体的に)							
⑭ 盗難や屋外での遺失の場合の警察への届出状況		盗難・遺失届出日		届出場所		受理番号	
		年	月	日	警察署・交番		
[被保険者証発見の際の返納誓約] うえの届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、今後は十分取り扱いに注意します。 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。 被保険者氏名 _____							

上記のとおり、被保険者から再交付申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失又は毀損することのないよう十分指導致します。	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話 () 番	受付日付印