

常務理事	事務長	担当	担当

健康保険被保険者証 滅失  
き損 届 兼 再交付申請書

被保険者証の記号・番号	被保険者の氏名	生年月日
—		昭 平 令 年 月 日
被保険者の住所		届出の事由
〒 —		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 ※ き損の場合はその証を添付してください

該当者の氏名	続柄	生年月日	再交付の要・不要
		昭 平 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		昭 平 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		昭 平 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		昭 平 令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要

滅失およびき損の状況			
いつ	令和 年 月 日 (頃)	どこで	
理由	※ 経緯を詳しく記入してください ..... .....		

紛失届（警察）の届出状況 ※ 被保険者証を滅失した場合のみ、記入・捺印ください			
警察への届出	有・無	届出先名称	
上記理由のとおり、私の不注意により万一貴組合に対し、損害を及ぼすことがあった場合には、いかなる処分を受けても異議なきことを誓約いたします。 また、失った被保険者証を発見したときは、ただちに返却いたします。			
※ 被保険者証を紛失した場合は、事後トラブルを防止する理由から必ず警察に「紛失届」を提出してください。		被保険者	_____

令和 年 月 日 提出

事業主欄	上記のとおり、被保険者から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またはき損することのないよう、十分指導いたします。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名

健保受付印