

常務理事	事務長	係	係

健康保険被保険者証

滅失  
 損  
 再交付申請書  
 滅失届

記号	番号	被保険者氏名	性別	被保険者の生年月日
			男・女	昭和 平成 年 月 日
勤務先事業所名(保険証記載の会社名)			資格取得年月日	
被保険者住所			平成 令和 年 月 日	
			連絡先電話番号	
			- -	

再交付を希望するまたは滅失した証 (該当する方を○で囲んでください)	・被保険者分  ・被扶養者分 → 該当者について下記を記入
---------------------------------------	-------------------------------------

該当するものが被扶養者の場合に記入 (続柄は詳しく記入してください)	被扶養者氏名	生年月日	続柄	性別
		昭・平・令 年 月 日		男・女
		昭・平・令 年 月 日		男・女
		昭・平・令 年 月 日		男・女

再交付を希望するまたは滅失した理由 (滅失した場所やき損させた理由などを できるだけ詳しく記入してください)	
--	--

滅失の場合は必ず警察へ届出してください。 ※届出後の受理番号を記載(必須)	受理番号 _____ 号
--	--------------

\*滅失した場合は、下記もご記入してください。

滅失した後の受診状況	年月日	被扶養者氏名	傷病名	医療機関名

<念書> 上記の届出書に記載した通り、被保険者証を滅失したことに相違ありません。  
 滅失した被保険者証について、万一事故がありました場合は責任をもって弁償します。  
 なお、滅失した被保険者証を発見した時はただちに返納致します。  
 また、本人の過失に伴う滅失の場合は再交付手数料1,000円を事業所を通して支払います。

令和 年 月 日 被保険者氏名 印

事業主の証明	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。 今後は健康保険被保険者証を滅失またはき損することのないよう、 充分指導致します。
	所在地 名称 事業主名 電話



受付印

該当にチェックを入れてください

健康保険被保険者証

減失  再交付申請書   
 き損  減失届

減失: 保険証を紛失し再発行する場合  
 き損: 保険証を破損した場合等で再発行する場合  
 (き損した保険証は必ず添付して下さい)

常務理事	事務長	係	係

記入不要	被保険者氏名	性別	被保険者の生年月日		
	健康 太郎	男・女	昭和 平成	55年 9月 5日	
勤務先事業所名(保険証記載の会社名)			資格取得年月日		
(株) 光通信			記入不要		
被保険者住所			連絡先電話番号		
東京都豊島区南池袋1-2-3 光ハイツ101号			090 - 1234 - 5678		
再交付を希望するまたは滅失した証 (該当する方を○で囲んでください)		<input checked="" type="radio"/> 被保険者分 <input type="radio"/> 被扶養者分 → 該当者について下記を記入			
該当するものが被扶養者の場合に記入 (続柄は詳しく記入してください)		被扶養者氏名	生年月日	続柄	性別
			昭・平・令 年 月 日		男・女
			昭・平・令 年 月 日		男・女
			昭・平・令 年 月 日		男・女
再交付を希望するまたは滅失した理由 (滅失した場所やき損させた理由などを できるだけ詳しく記入してください)		ex)5/18、保険証の入った財布を〇〇駅構内で落とした為、 再交付をお願いします。〇〇警察署へ届出済みです。			
滅失の場合は必ず警察へ届出してください。 ※届出後の受理番号を記載(必須)		受理番号 〇〇〇〇 号			

\*滅失した場合は、下記もご記入してください。

年月日	被扶養者氏名	傷病名	医療機関名
滅失した後の受診状況			

<念書> 上記の届出書に記載した通り、被保険者証を滅失したことに相違ありません。  
 滅失した被保険者証について、万一事故がありました場合は責任をもって弁償します。  
 なお、滅失した被保険者証を発見した時はただちに返納致します。  
 また、本人の過失に伴う滅失の場合は再交付手数料1,000円を事業所を通して支払います。

令和 1 年 5 月 10 日

被保険者氏名

健康 太郎



事業主の証明

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。

記入不要

事業主印

受付印