

*対象者1名につき、1枚ご提出ください。
 *資格確認書の交付を希望する場合は、資格確認書交付申請書も別途ご提出ください。

令和 年 月 日提出		
健保組合		
常務理事	グループ長	担当者
事業所担当者の確認印		
日付印		

健康保険被保険者証紛失届（使用期間 R7.12.1まで）

被 保 険 者 情 報	被保険者記号	被保険者番号						
	被保険者氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	被保険者生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年	月	日
	事業所名	所属		部			室・グループ 課・工場	
	自宅電話番号	職場電話番号		(外線)	(内線)			
	自宅住所	(〒 -)						

紛 失 ／ 再 交 付	対象者氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	対象者の生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年	月	日	続柄
	申請対象証	被保険者証		事由発生日	1.平成 2.令和	年	月	日	
	対象者情報	申請に至った状況							

誓 約 書	紛失した被保険者証が万一不正使用された場合には、私が生その一切の責任を負います。
	被保険者氏名

<紛失に関する留意事項>
 ○紛失した被保険者証の利用停止や無効にすることはできません。必要に応じて警察署へ届け出てください。
 ○再交付時に健康保険被保険者番号を変更することはできません。
 ○健康保険被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、下記「備考」欄に記入してください。
 (マイナンバーを記入した場合は、マイナンバー確認及び本人確認のための書類の添付が必要となります。)

受付日付印

備 考		
	健保記入欄	<input type="checkbox"/> 証滅失済(R . .)