

\*対象者1名につき、1枚ご提出ください。  
 \*棄損(汚損・破損)のときは、対象となる証を添付してください。

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・限度額適用認定証

- 紛失届  
 再交付申請書

←どちらかに  
 して下さい。

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 情 報	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	1.健康保険被保険者証 2.限度額適用認定証		事由発生日	1.平成 2.令和	年	月	日
	申請に至った状況	1.棄損(汚損・破損) 2.その他(※1) 具体的な状況: ( )						

※1 「2.その他」を選択した場合は、下記「誓約書」をご一読の上、ご署名をお願いします。

誓約書	1.紛失した健康保険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。 2.紛失した証が見つかった場合は、直ちに返納いたします。 被保険者氏名
-----	--

<紛失に関する留意事項>

- 紛失した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。(健康保険被保険者証を紛失した場合のみ)
- 再交付時に健康保険被保険者証番号を変更することはできません。
- 健康保険被保険者証の記号・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 . . ) <input type="checkbox"/> 回収済(R . . )