

*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			事業所担当者の確認印
常務理事	グループ長	担当者	
			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	1234	被保険者番号	567890					
	被保険者氏名	(フリガナ) ニッテツ (氏) 日鉄	(名) タロウ 太郎	被保険者生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年	月	日	
	事業所名	○△◇(株)		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	(〒 123 - 4567) ◇◇県○△市◇町 × × ×							

紛失／再交付 対象者情報	対象者氏名	(フリガナ) ニッテツ (氏) 日鉄	(名) ハナコ 花子	対象者の生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年	月	日	続柄	妻
	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: 財布を紛失したため								
※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、私が生かす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 日鉄 太郎
-----	--

<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 . .)