

健康保険 被保険者証

滅失
き損
無余白

再交付申請書

健康保険組合決裁欄		
常務理事	事務長	担当者

※1 再交付の原因は該当事項を○で囲んでください。

※2 遠隔地証(家族分)の再交付が必要な場合は、遠隔地証を○で囲んでください。(遠隔地証の再交付でない場合は記入不要)

※3 遠隔地証が複数枚交付されている場合は、滅失された遠隔地証を特定する為、再交付を申請する被扶養者名を、お一人記入してください。

健康保険被保険者証		被保険者の氏名		生年月日		※1 再交付の原因		※2 遠隔地証を再交付する場合	
記号	番号	◎		昭・平	年 月 日	滅失・き損・無余白		遠隔地証	※3 被扶養者名
被保険者住所		TEL	()	所属店名				社員No.	

保険証を滅失した場合は、①～⑦及び誓約書に記入をお願いします。

① 滅失した日時 ② 滅失した場所 ③ 滅失した状況(詳細に) ④ 盗難にあった場合は、その状況(詳細に) ⑤ 保険証はいつもどこに保管していますか ⑥ 過去に保険証を滅失して再交付をうけたことがある場合、日付を記入	⑦ 遺失届	届け出た警察署名	届出日	遺失届(盗難届)受理番号
	誓約書	申請内容について、事実に相違ありません。 今後はこのようなことがないように保険証の保管については十分注意いたします。 滅失した保険証を発見した際は、ただちに返納いたします。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ◎		
	事業主証明	事実に相違ないことを確認の上届出いたします。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ◎		受付日付印

添付書類	滅失	○住民票 ○運転免許証のコピー ○戸籍抄本 (いずれかの本人確認書類)※他の書類をお願いする場合があります。
	き損	○警察署への遺失届(盗難届)のコピー (コピーが添付できない場合は⑦を記入してください。)
	無余白	○き損した保険証 (添付ない場合は、滅失として処理しますので、『滅失』の添付書類を添付してください。)
		○保険証