

「資格確認書」が必要な場合は、「資格確認書交付申請書」を提出してください。
ただし、交付対象者に限ります。

健康保険被保険者証 紛失届

労務担当個所經由印

担当	各長

届出 令和 年 月 日				
被 保 険 者	資 格 情 報		氏 名	会社名・所属・連絡先
	記 号	4000	健保 太郎 印	〇〇〇〇(株) 〇〇部 〇〇課
	番号	1234567		IP等(- -)
				内線()
生 月 日	昭・平	1940年1月1日	現住所	Tel () -

対 象 者	届出事由の発生日		令和 〇 年 〇 月 〇 日 頃	
	再交付の事由		紛失・き損	警察への届出 (紛失したときのみ)
	紛失理由		(紛失した理由を記入してください。)	
			病院での受診後、財布に入れていたが、財布ごと紛失したため。	
			健康保険被保険者証の紛失に伴って、健康保険組合へ損害を与えた場合は、賠償の責任を負い、健康保険組合には一切迷惑をかけないことを誓約いたします。	
	氏 名	性別	生 年 月 日	続 柄
	健保 花子	男 女	昭和・平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日	妻
添 付 書 類	き損の場合は、健康保険被保険者証もあわせて送付してください。			

※令和7年12月1日までは、資格喪失時に健康保険被保険者証の回収を行います。

【健康保険組合使用欄】

受付年月日

担当	事務長	常務理事