

健康保険被保険者証

滅失届 毀損届 再交付申請書

常務理事	事務長		担当者

届出日 和暦 () 年 月 日

①被保険者証の 記号-番号	—	届出の種類	滅失 毀損 喪失 その他
②被保険者氏名	③生年月日 () 年 月 日 和暦を記入		
④事業所名称			
⑤被保険者証を 滅失(毀損)したと きの状況 (詳しく)			
⑤遺失物、盗難届	遺失物届出日 和暦 () 年 月 日	届出場所 警察署 交番	届出番号 NO
⑥再交付を希望 するものの氏名等	名前	生年月日 和暦 年 月 日	性別 続柄 (例: 本人、長男)
1		() 年 月 日	
2		() 年 月 日	
3		() 年 月 日	
4		() 年 月 日	
5		() 年 月 日	

上記に記載された通り、再発行をいたします。
滅失してしまった場合で、再発行後に被保険者証が発見された場合には、速やかに発見された被保険者証を返却ください。

※再発行手数料は1枚につき1,000円必要です。
※毀損の場合には、毀損となった被保険者証を添付してください。再発行手数料は不要です。

上記の届について事実相違ないこと証明いたします。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	⑤
電話番号	

----- 受付日付印 -----

和暦 年 月 日