

健康保険被保険者証(本人分) 滅失届および再交付申請書

常務理事	事務長		担当者

① 被保険者証の 記号一番号	—	※ 届書の種類	喪失 検認	再交付 その他	更新
② 被保険者氏名	⑩	③ 資格取得日	昭 平	年 月 日	
④ 事業所名称					
⑤ 被保険者証と 滅失した状況	遺失物届出日 平成 年 月 日				
	届出場所 警察署・交番		届出番号		
⑥ 再交付を希望する 被保険者証	・被保険者分	・被扶養者分	枚 該当者を⑦に記入 してください。		
⑦ 被扶養者の 場合氏名等	被扶養者氏名	生 年 月 日	性別	続柄	
		明 大 昭 平 年 月 日			
		明 大 昭 平 年 月 日			
		明 大 昭 平 年 月 日			
⑧	上記の届出書に記載したとおり、被保険者証(本人分・家族分)を滅失いたしました。今後は十分取り 扱いには注意いたします。 なお、被保険者証(本人分・家族分)を発見したときは、ただちに返納いたします。				
	平成 年 月 日 提出				
	被保険者の住所 氏名 ⑩				

(注意事項)
この届出は、被保険者証(本人分・家族分)を滅失し再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に被保険者証(本人分・家
族分)を添付して返納することができない場合、または被保険者証の更新ないし検認の際に被保険者証(本人分・家族分)を提
出または返納できない方が被保険者証(本人分・家族分)の再交付を受ける場合に提出するものです。
毀損の場合は、毀損となった被保険者証(本人分・家族分)を添付してください。
滅失の場合は被保険者証1枚につき手数料千円を添付してください。

「※」印欄は記入しないでください。
①から⑧までは被保険者が記入および押印して
ください。

事業主の 証明	上記のとおり被保険者から被保険者証(本人分・家族分)の再交付申 請がありましたので、提出いたします。
	なお、今後は被保険者証(本人分・家族分)を滅失または毀損するこ とがないよう十分指導いたします。
	所在地 名称 氏名 電話番号 ⑩

受付日付印

社会保険労務士の提出 代行者印	⑩
--------------------	---