常務理事	事務長		係

健康保険被保険者証　滅失･き損　再交付申請書 ･滅失届

※太枠内を記入･捺印のうえ、事業主経由で提出してください。
※き損の場合はき損した被保険者証を添付して提出ください。

被保険者証の記号･番号	記号		被保険者氏名･印		印
	番号				

被保険者の生年月日･性別		資格取得年月日	再交付希望対象者
昭･平　　年　　月　　日	男･女	昭･平･令　　年　　月　　日	□被保険者 □被扶養者 →該当者を下記に記入

再交付対象被扶養者の氏名生年月日･性別･続柄	該当被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
		昭･平･令　　年　月　日	男･女	
		昭･平･令　　年　月　日	男･女	
		昭･平･令　　年　月　日	男･女	
		昭･平･令　　年　月　日	男･女	
		昭･平･令　　年　月　日	男･女	

申請事由	再交付申請事由	□滅失　□き損　□無余白
	(理由)	

(被保険者証発見の際の返納誓約等念書)
上記の届出書に記載したとおり、被保険者証を滅失したことに相違ありません。
この被保険者証について、万一事故がありました場合は責任をもって弁償いたしますとともに、今後その扱いについては充分注意いたしますので、再交付をお願いいたします。
なお、滅失した被保険者証をを発見いたしました時はただちに返納いたします。

令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名　　印

201905K

受付日付印

事　業　主　の　証　明

上記被保険者は健康保険被保険者証を滅失またはき損したことに相違ないことを証明します。
なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないように充分指導します。

令和　　年　　月　　日

事業所　所在地
事業所　名 称　　印
事業主　氏 名