

健康保険 被保険者証等(滅失・き損)再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

健康保険者証の記号番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日	
11 - 55555		健保 タロウ		昭・平・令 50 年 ○ 月 △ 日	
被保険者の住所	大阪市北区中之島2-2-7			事業所名	〇〇〇株式会社 △△工場
再交付対象者欄	氏名	生年月日	続柄	高齢受給者証を再交付する場合は <input checked="" type="checkbox"/>	再交付の原因
	健保 康男	昭・平・令 20 年 ○ 月 △ 日	長男	<input type="checkbox"/>	滅失・き損
		昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/>	滅失・き損
		昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/>	滅失・き損
再交付理由 (詳細に記入してください。)	いつ: 令和4年3月30日 どこで: 〇〇町立病院 どうなった: 病院の受付に保険証を入れた財布を置き忘れ、取りに戻ったときにはなくなっていました。			警察への届出 (〇〇)警察署 受理番号(No. 12345)	
誓約書 (紛失の場合に記入してください)	上記に記載の理由で、保険証を紛失いたしました。今後は取扱いに十分注意し、被保険者証を発見したときは直ちに返納いたします。 被保険者氏名 健保 タロウ				

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。

事業所所在地

令和 4 年 4 月 4 日

事業所名称

事業主証明

事業主氏名

※き損の場合はこの申請書にき損した被保険者証を添付してください。