

| 決 裁 | | | | |
|-----|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |

健康保険 被保険者証 **滅失** 再交付申請書
き 損

| | | | | |
|--------------------------|---|------------------------------|-------------------------|---|
| ① 被保険者の氏名と印 | (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 | ② 健保 | ③ 性別 男 | ④ 生年月日 昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日生 令和 |
| ⑤ 被保険者の現住所 | 〒 100-0006 東京都千代田区有楽町○○-○○ | 電話 03-1234-5678 | 携帯 090-1234-5678 | |
| ⑥ 再交付を受ける健康保険被保険者証の記号と番号 | 記号 ○○○ | 番号 ○○○○ | | |
| ⑦ 被保険者が現在勤務している事業所 | (イ) 名称 | ○○○○○○○ | | |
| | (ロ) 所在地 | ○○県○○市○○町1 | | |
| | (ハ) 被保険者資格取得年月日 | 昭和 ・平成・令和 ○○年 ○○月 ○○日 | | |
| ⑧ 再交付申請者 ※被保険者の方は氏名のみ | 氏名 (フリガナ) | 続柄 | 生年月日 | 現住所 |
| | | | 昭 平 令 年 月 日 | |
| | | | 昭 平 令 年 月 日 | |
| ⑨ 被保険者証又は被扶養者証滅失の場合はその状況 | (詳しく書いて下さい。) | | | |

令和 ○○年 ○○月 ○○日 提出

↓警察での受理番号を記入して下さい。

| | |
|--|-------------|
| 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。 尚、今後は被保険者証・被扶養者証を滅失またはき損することのないよう充分指導いたします。 | |
| 事業所所在地 | 令和 年 月 日 証明 |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | 印 |
| 電話 | |

| | |
|------|----------------|
| 警察署名 | ○○○○警察署 |
| 受理番号 | ○○○○ |

受付日付印

(注意事項)

※滅失の場合は必ず警察に届出て頂いた上、警察より受理番号をお聞きいただき、この再交付申請書に記入して下さい。