

常務理事	事務長	課長	係員

事業所	確認者	担当者

健康保険証 **滅失** 再交付申請書
き損

被保険者証 記号	1601	番号	123456	被保険者氏名	健康 太郎
被保険者住所	〒 000 - 000 東京都〇〇区××1-2-3 TEL 00 (00) 0000				
性別	男	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生 平成	資格取得年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 令和
被保険者が勤務している事業所	名称	山崎製パン株式会社〇〇工場			
	所在地	〇〇県××市〇〇4-5-6			
再交付申請する対象者	氏名	続柄	生年月日		
	(フリガナ) ケンコウ	タロウ	本人	昭和	〇〇年〇〇月〇〇日
	(氏) 健康	太郎		平成	
	(フリガナ) ケンコウ	ハナコ	妻	昭和	〇〇年〇〇月〇〇日
(氏) 健康	花子	平成			
(フリガナ)			昭和	年 月 日	
(氏)			平成		
(フリガナ)			令和		
(氏)					
再交付申請をする理由	引越しの際にどこかへ紛れてしまい、探したが見つからないため。				
事業主の証明					
上記のとおり被保険者から健康保険証の再交付申請の申出がありましたので事実と相違ないことを証明します。					
なお、今後は健康保険証を滅失又はき損することのないよう周知徹底をはかります。					
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 証明					
事業所所在地		東京都千代田区岩本町3-10-1			
事業所名称		山崎製パン株式会社			
事業主氏名		事業 太郎			

【注意事項】

1. 標題の「滅失」「き損」のうち該当する文字を○で囲んでください。
2. 健康保険証を「滅失」された場合は別紙「健康保険証滅失届」を、「き損」の場合はき損となった健康保険証をこの申請書に添付してください。
3. 健康保険証の再交付を受けたあと、滅失した健康保険証が発見された場合は、発見された古い証を返納してください。

受付印