

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 き損 再交付申請書

被保険者証	記号		番号		被保険者氏名		
被保険者住所			〒 - TEL ()				
性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日生	資格取得 年月日	平成 令和	年 月 日
被保険者が勤務している事業所			名称				
			所在地				
再交付申請する対象者	氏 名			続柄	生 年 月 日		
	(フリガナ)				昭和 平成 令和	年 月 日	
	(氏)	(名)					
	(フリガナ)				昭和 平成 令和	年 月 日	
	(氏)	(名)					
	(フリガナ)				昭和 平成 令和	年 月 日	
(氏)	(名)						
再交付申請をする理由							
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 年 月 日 証明							
事業所所在地							
事業所名称							
事業主氏名							

【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