

健康保険証 滅失届・再交付申請書

保険証番号	—	行員番号	
被保険者氏名		所属	
滅失(毀損)した者の氏名		続柄	再交付を希望する <input type="checkbox"/>
		続柄	再交付を希望する <input type="checkbox"/>
		続柄	再交付を希望する <input type="checkbox"/>
		続柄	再交付を希望する <input type="checkbox"/>
理由について詳しく	滅失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 詳細について [] 滅失(毀損)した日: 年 月 日 頃		
備考			

※ 毀損した保険証は必ず添付してください

公的書類になりますので、警察への遺失届出をお願いします。

被保険者の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類が必要です)

上記の通り相違ありません。

なお、今後は滅失・毀損することのないよう注意するとともに、失った保険証を発見した場合は直ちに返納いたします。

年 月 日

(被保険者名) 住所

氏名

(事業主) 住所

事業主名

受付日

※健保使用欄

常務理事	事務長	担当