

被保険者証 減失
健康保険 高齢受給者証 き損・再交付申請書

常務理事	事務長	係長		係員

◎再交付理由がき損(破損)の場合は、被保険者証を添付してください。

被保険者証の 記号 番号		氏 名 (フリガナ)		生 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成		再交付の理由(該当番号に○をする)
被保険者の住所		郵便番号	-	電話番号 (日中の連絡先)		
1 被保険者(本人が保持しているもの)						
再交付が必要な方 (該当番号に○をする) 右記に再交付が必要な被扶養者氏名	2 被扶養者(家族が保持しているもの)		氏 名		生 年 月 日	続柄
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日		
1 減失・き損(破損)のため						
減失・き損(破損)した年月日と場所(わかる範囲で) 令和 年 月 日 場所						
減失・き損(破損)に至った状況(できるだけ詳細に記入ください)						
被保険者証についての誓約 被保険者証を減失又は、き損(破損)いたしました但し、今後は取扱いに十分注意します。 減失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。						
被保険者署名						
2 盗難のため (悪用されるケースも想定されますので、警察への届出をおすすめします。)						
盗難にあった年月日と場所 令和 年 月 日 場所						
盗難にあった状況(できるだけ詳細に記入ください)						

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。
なお、今後は健康保険被保険者証を減失又は、き損(破損)することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	〒
---------------------------------	---

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

令和 年 月 日提出

受付日付印