

健康保険 被保険者証 滅失 再交付申請書

高年齢受給者証 き損

常務理事	事務長		処理者

- ◎ この届出は、被保険者証または高年齢受給者証を、滅失・き損したために再交付を受ける場合に提出してください。
- ◎ 再交付希望種別、原因に○をつけてください。
- ◎ 左記に該当する家族の氏名

健康保険被保険者証		被保険者の氏名			生年月日			性別	資格取得年月日	平成	年	月	日
記号	番号							男 1.	再交付年月日	平成	年	月	日
								昭和					
被保険者の住所										備考			
〒										TEL ()			

再交付希望者(該当番号に○印)	1	被保険者(本人)		被保険者証				
	2	被扶養者(家族)		高年齢受給者証				
左記に該当する家族の氏名		氏名	生年月日		種別	原因		
			昭和	年	月	日	被保険者証	滅失
			平成				高年齢受給者証	き損
			昭和	年	月	日	被保険者証	滅失
			平成				高年齢受給者証	き損
			昭和	年	月	日	被保険者証	滅失
		平成				高年齢受給者証	き損	



該当番号に○印	1	滅失のため (警察署へ届出てください。遺失届または盗難届)
	2	き損のため (き損の被保険者証、高年齢受給者証を添付してください。)
再交付申請の理由		
滅失・き損に至った状況(できるだけ詳細に記入してください)		
.....		
.....		
事由発生年月日:平成 年 月 日		
被保険者証または高年齢受給者証を滅失・き損いたしました。今後は取扱いに十分注意いたします。		
なお、この被保険者証、高年齢受給者証を発見した時は、ただちに返納いたします。		
被保険者氏名		Ⓜ

上記のとおり被保険者から被保険者証または高年齢受給者証の再交付申請がありましたので提出いたします。なお、今後は被保険者証または高年齢受給者証を滅失・き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	

平成 年 月 日 提出 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄
Ⓜ