

健康保険被保険者証 減失 再交付申請書
減失 届

常務理事	事務長	照査	担当

① 被保険者の 氏名と印	② 性別 男・女	③ 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
④ 被保険者の 現住所				
⑤ 被保険者証の 記号一番号	⑥ 再交付を希望する、又は 滅失した証の使用者			
⑦ 現在勤務して いる事業所	(ア) 名 称			
	(イ) 所 在 地			
	(ウ) 資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
⑧ 再交付を申請 する理由 (詳しく)				

※ 滅失した場合は、下記もご記入下さい。

〈念書〉	上記の届出書に記載したとおり、被保険者証を滅失したことに相違ありません。 この被保険者証について、万一事故がありました場合は責任をもって弁償致しますとともに、今後その扱いについては充分注意致しますので、再交付をお願い致します。 なお、滅失した被保険者証を発見致しました場合はただちに返納致します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑩
------	--

事業主の証明	
上記被保険者は健康保険の被保険者証を滅失したことに相違ないことを証明します。 なお、今後は被保険者証を滅失又はき損することのないよう全被保険者を対象に周知徹底をはかります。	
事業主	所在地 事業主名 電話
	令和 年 月 日 ⑪

受付日付印