

健康保険 被保険者証再交付願・滅失届

令和 4 年 4 月 1 日

事業所名	□□□□株式会社				
所属	△△部 ○○課 ××グループ	従業員番号	○○○○○○	連絡先 電話番号	XXX-XXXX-XXXX
被保険者証 記号・番号	○○ - ○○○○	氏名	健 保 太 郎		

本人記入欄	再交付を要する理由	①滅失・紛失 2 き損・汚損等 3 その他() ※理由“2”の場合は、該当者の被保険者証を添付願います。 (詳細) 病院に行こうと思い、自宅で保険証を探したが見当たらなかった。 掃除の際に、誤って破棄したと思われます。			
	再交付を要する被保険者証	①本人用 2 家族用(続柄:) ※家族用の場合は下記の家族情報をご記入願います。			
		家族氏名	生年月日	S・H・R	年 月 日
	始末書	今後、保険証の取り扱いには十分注意します。 なお、紛失による損害は本人負担とします。 ※「紛失による損害は本人負担とする」旨は、必ずご記入願います。			
備考					

添付書類

再交付を要する場合、被保険者の本人確認書類(下記のいずれか1点)を添付願います。

・運転免許証(写し) ・パスポート(写し) ・住民票(原本)

※被扶養者の本人確認書類は不要です。

事業所受付欄

(注1) 自宅以外で紛失された場合は、必ず警察へ届け出て下さい。

(注2) 再交付が不要な場合(扶養者抹消申請時に保険証を紛失したため返却ができない等)は、その旨、備考欄にご記入願います。

組合記入欄	再発行年月日	常務理事	事務長	担当	健保受付
	<input type="checkbox"/> 右記担当印日付				
	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 交付なし				