

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係員

健康保険 被保険者証 再交付申請書 / 滅失・毀損届 (再交付を希望する場合)
 高齢受給者証
 該当する証を○で囲んでください

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	被保険者氏名			被保険者住所・電話番号	〒	-		
対象の保険者が	申請理由 (該当する方に○)	滅失 ・ 毀損		証の種類 (該当する証に○)	被保険者証 ・ 高齢受給者証			
	滅失・毀損したときの状況	※具体的に記入してください						

被扶養者が対象の場合	①	氏名		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
		申請理由 (該当する方に○)	滅失 ・ 毀損		証の種類 (該当する証に○)	被保険者証 ・ 高齢受給者証		
		滅失・毀損したときの状況	※具体的に記入してください					
	②	氏名		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
		申請理由 (該当する方に○)	滅失 ・ 毀損		証の種類 (該当する証に○)	被保険者証 ・ 高齢受給者証		
		滅失・毀損したときの状況	※具体的に記入してください					
	③	氏名		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
		申請理由 (該当する方に○)	滅失 ・ 毀損		証の種類 (該当する証に○)	被保険者証 ・ 高齢受給者証		
		滅失・毀損したときの状況	※具体的に記入してください					

被保険者証・高齢受給者証 滅失届 (滅失の場合のみ記入)	
上記の申請書に記載したとおり、被保険者証・高齢受給者証を滅失しました。	令和 年 月 日
今後は取扱に十分注意し、これらの証を発見したときは、ただちに返納します。	
被保険者氏名	

◆ 毀損した証はこの届出に添付してください

事業所欄	上記の申請について相違ないことを証明します。 令和 年 月 日
	なお、今後は証を滅失・毀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
電話番号	()

受付印