

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係員

健康保険

被保険者証
高齡受給者証

再交付申請書 / 滅失・毀損届 (再交付を希望する場合)

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 29	番号 1234	生年月日	5.昭和 7.平成 3 年 10 月 1 日
	被保険者氏名	健康 太一		被保険者住所・電話番号	〒 182 - 0032 東京都調布市国領町〇-〇-〇 TEL 090-1234-4456
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 ・ 高齡受給者証
	滅失・毀損したときの状況	※具体的に記入してください 財布を失くしてしまった			

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 ・ 高齡受給者証
		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 ・ 高齡受給者証
		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 ・ 高齡受給者証
		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・高齡受給者証 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・高齡受給者証を滅失しました。 令和 4 年 4 月 1 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 健康 太一

◆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 4 年 4 月 1 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	東京都港区芝浦〇-〇-〇
	事業所名称	ミナト商事株式会社
	事業主氏名	代表取締役 芝浦 健一
電話番号	03 (1234) 5678	

受付印