

常務理事	事務長	係	係

健康保険 滅失 再交付申請書
被保険者証 き損

証交付年月日
年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名と印	印			
資格取得 年月日	昭 平	年 月 日	被保険者の 生年月日	明大昭平	年 月 日	性別	男 女
被保険者の 現住所	〒						
再交付の原因	滅失・き損・その他						
再交付対象者の氏名	性別	生 年 月 日				続 柄	
	男・女	明大昭平 年 月 日					
	男・女	明大昭平 年 月 日					
	男・女	明大昭平 年 月 日					
	男・女	明大昭平 年 月 日					
	男・女	明大昭平 年 月 日					

滅失の状況 (いつごろ・どこで・どんな状況で紛失あるいはき損したか、ありのままに本人自筆で記入してください)

盗難または、自宅での紛失について警察署へ届け出をしましたか。 し た ・ して いない

平成 年 月 日提出

上記のとおり被保険者から健康保険被保険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、今後は被保険者証を滅失または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

印

受 付 印