

--	--	--	--

## 健康保険被保険者証 等 再交付申請書（兼 滅失届）

申請日: 令和 年 月 日

被保険者証の 記号 - 番号 (番号は右づめ)				-					生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成										
被保険者の 氏名・印	Ⓜ																			
被保険者の 住 所	(〒 - ) 都・道 府・県																			

### 【滅失・き損の内容および再交付の要否】

※1 「き損」の場合は、該当の証を添えて申請ください。

※2 有効期限切れによる限度額適用認定証の再発行は所定様式にて申請ください。

該 当 者 の 氏 名	続 柄	証 の 種 類	届 出 事 項	再 交 付 の 要 否
		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否

### 【滅失した年月日、場所、状況等】 ※「滅失」した場合のみ、わかる範囲でできるだけ詳しくご記入ください。

滅失した 年 月 日	令和 年 月 日	滅失した 場 所	
※できるだけ詳しく記入すること			
滅失した 理由、状況等			
警察へ届出をした場合はその年月日	令和 年 月 日		
<b>誓 約</b> 上に記載したとおり、被保険者証等を滅失いたしました。今後は取扱いに十分注意いたします。 また、この被保険者証等を発見したときは、ただちに返納いたします。			
令和 年 月 日		被保険者氏名	Ⓜ

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話 ( )

受付日付印
-------