常務理事	事務長	担当

健康保険　被保険者証 資格確認書　滅失・毀損申請書

被保険者が記入するところ

被保険者等記号番号	記号		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格取得年月日	平成 令和	年	月	日
	番号											
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者住所電話番号	〒								
	（　自　署　）											
ｺｰﾎﾟﾚｰﾄID												
事業所名												
部署名				電話　（　　）								

提出理由（該当するものに〇を）	1. 滅失	紛失 ・ 盗難 ・ 資格喪失時（　　年　　月　　日）
	2. 破損	印字のかすれ等
	3. その他	（理由　　）
該当者（該当するものに〇を）	1. 被保険者分　　2. 被扶養者分	

該当者が被扶養者の場合記入	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日

滅失の場合はその場所	1. 自　宅　　2. 自 宅 以 外（　　）→警察への届出必須						
警察への届出状況	有 ・ 無	届出先	警察署	届出日	令和　　年　　月　　日	No	
滅失又は破損したときのその状況	※できるだけ具体的に詳しくご記入ください						

被保険者証・資格確認書　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・資格確認書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。
滅失した被保険者証等によって保険給付等に事故が発生した場合は一切の責任を負います。

令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名

添付書類　　令和　　年　　月　　日提出

1.任意継続被保険者の場合は、本人確認のために被保険者の運転免許証（写）またはパスポート（写）をかならず添付してください。

受付日付印

2. 破損した場合は、破損した被保険者証・資格確認書を添付ください。
（被保険者証は令和7年12月2日以降は添付不要）

3. マイナ保険証を利用できない方で被保険者証・資格確認書を紛失された方は、別紙「資格確認書（再）交付申請書」もご提出ください。

事業主の証明	
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電　　話

シミックグループ健康保険組合