

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者証 減失 再交付申請書  
高年齢受給者証 毀損

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号 番号	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	
	被保険者氏名	フリガナ ( 自 署 )		被保険者 住 所 電 話 番 号	〒								
	コーポレートID												
	事業所名												
	部署名				電話 ( )								
	提出理由 (該当するものに○を)	1. 減失	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 )										
	再交付を (該当するものに○を)	1. 希望する      2. 希望しない											
	該当者 (該当するものに○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	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日						
	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日						
	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日						
減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				
減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												

◎被保険者証の破損のための再交付申請であるときは、破損した被保険者証を、この申請書に添付してください。

被保険者証・高年齢受給者証減失届 (減失の場合のみ記入)	
上記の申請書に記載したとおり、被保険者証・高年齢受給者証を減失いたしました。今後は取扱いに十分注意いたします。 なお、被保険者証・高年齢受給者証を発見したときは、ただちに返納いたします。 減失した保険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

- 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。
- 毀損による再交付を希望する場合は毀損した保険証を添付してください。

受付日付印

事 業 主 の 証 明	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電 話