

健康保険

- 被保険者証
- 高齢受給者証
- 限度額適用認定証
- 特定疾病療養受療証

- 滅失(き損)届
- 再交付申請書

常務理事	事務長	部長	次長	担当者

◎標題の文字、再交付の要否は、それぞれ該当する項目にチェック又は○を記してください。
 ◎再交付申請時の理由が、き損(破損)による場合は、その証を添付してください。
 ◎「被保険者証」「高齢受給者証」にかかる届出は事業所を通じて、
 その他の証に関する届出は、直接健保組合へ提出してください。

被保険者証		被保険者の氏名と印			
記号	番号	⑨			
被保険者の住所					
〒	—	TEL	()		
届け出対象となる方(該当項目に○)	1	被保険者(本人が保持している証)	要・否		
	2	被扶養者(家族が保持している証)	再交付の要否		
		氏名		生年月日	
			昭和 平成 令和	年 月 日	要・否
			昭和 平成 令和	年 月 日	要・否
			昭和 平成 令和	年 月 日	要・否
	昭和 平成 令和	年 月 日	要・否		

届け出の理由(該当項目に○)	1	滅失・き損(破損)のため
	滅失・き損(破損)した年月日と場所(わかる範囲で)	
	場所	()
その状況		()
標記の証を滅失又はき損(破損)しましたが、今後は十分注意いたします。 なお、滅失した証を発見した時は、ただちに返納いたします。		年 月 日
被保険者氏名		⑨
2	盗難による滅失のため	*悪用されるケースも想定されますので警察への連絡・届出をおすすめします。
盗難にあった年月日と場所		()
その状況		()
3	その他(下記に理由をご記入願います)	

*任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要ですので、この届書を直接健保組合へ郵送してください。

事業主欄	上記のとおり被保険者から届け出がありましたので提出いたします。	
	事業所所在地	⑨
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話	
()		

年 月 日 提出

受付日付印