

健康保険被保険者証 再交付申請書  
滅失 毀損

被保険者証の 記号 番号 101 00000		被保険者の氏名 健保 太郎		性別 男 女	生年月日 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成
被保険者の住所 〇〇県〇〇市△△町3-2-1			被保険者の所属する事業所名称 〇〇〇〇〇〇		
再交付の原因 1. 滅失 2. 毀損		再交付する保険証の種類 1. 健康保険被保険者証 2. 健康保険高齢受給者証 3. 限度額適用認定証 4. 特定疾病療養受領証			
再発行を希望する者	氏名 健保 太郎		生年月日 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成	性別 男 女	続柄 本人
	氏名 健保 愛子		生年月日 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成	性別 男 女	続柄 妻
	氏名		生年月日 年 月 日	性別 男・女	続柄
	氏名		生年月日 年 月 日	性別 男・女	続柄
	氏名		生年月日 年 月 日	性別 男・女	続柄
	氏名		生年月日 年 月 日	性別 男・女	続柄
滅失・毀損した保険証等の状況	理由を詳細にご記入ください。(いつ、どこでなくなったか等) 〇月〇日に病院を受診する際に財布に入れて保険証を持ち出しましたが、病院の窓口で提示しようとしたところ、財布に入れたはずの保険証がありませんでした。路上も含めてくまなく探しましたが見当たらず、自宅の最寄警察署へ遺失物届を提出しました。				
届出の有無	1. 遺失物届 2. 盗難届 3. 届出なし				
遺失物・盗難届出日 〇〇年 〇〇月 〇〇日	届出場所 △△△△ 警察署・交番	受理番号 000000			
上記に記載したとおり、被保険者証等を滅失いたしました。今後は十分取り扱いに注意いたします。 なお、被保険者証等を発見した際は、ただちに返納いたします。 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者氏名 健保 太郎					

上記のとおり被保険者から健康保険証等の再交付申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は健康保険証等を滅失又は毀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	〒000-000 〇〇県〇〇市〇〇3-2-1
事業所名称	〇〇〇〇株式会社
事業主氏名	〇〇 〇〇
電話番号	00-0000-0000
所 事 印 業	

受付日付印
-------