

提出ルート:被保険者→事業主→健保
(任意継続被保険者は直接 健保へ)

伺日	令和	年	月	日	施行	令和	年	月	日
常務理事		事務長			担当者		担当者		

健康保険被保険者証 滅失届 兼 再交付申請書

申請者	事業所名		所属		現住所				
			TEL		〒 TEL				
	健康保険証 記号 番号		従業員番号 (ゴム印でも可)	フリガナ 氏名		生年月日		性別	資格取得年月日
						昭平令 		男女 昭平令 	

滅失／再発行 対象者	対象者氏名	再発行	生年月日	性別	続柄	滅失／再交付の原因	【誓約書】 左記のとおり健康保険被保険者証を滅失したことに相違ありません。 この保険証について万一事故がありました場合は、責任をもって弁償いたします。また、当該保険証を発見した場合には、ただちに返却いたします。 なお、今後の保険証の扱いについては <input type="checkbox"/> 十分注意いたしますので再発行をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> ()のため再発行の必要はございません。 令和 年 月 日 被保険者署名(自筆) 所属長の証明(課長以上の上長) 上記被保険者は、健康保険証を滅失したことに相違ないことを証明します。 所属長署名(自筆) 課/主査
		要 不要	昭平令 	男女		1. 紛失 [誓約書欄署名要]	
		要 不要	昭平令 	男女		2. 盗難 [盗難届(写で可)要]	
		要 不要	昭平令 	男女		3. き損 [現物添付]	
		要 不要	昭平令 	男女		4. その他 ()	
		要 不要	昭平令 	男女		上記の状況等詳細と警察への届出日をご記入ください。 [滅失日 年 月 日頃]	
		要 不要	昭平令 	男女		[警察への届出日 年 月 日頃]	

本申請は被保険者が作成/確認し、事実相違ないことを証明します

事業所所在地	(ゴム印使用)
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

令和 年 月 日 提出

受付日付印

- 必読
- 「再交付の原因」欄は必ず記載すること。
 - 今後の保険証の扱いについては誓約書欄の該当のに✓を入れること。
また、再発行不要の場合()内に就職、退職等理由を記入すること。
 - 元の保険証が出てきた場合は、「元の」保険証を健保組合へ必ず返却すること。

健保記入欄				
再発行手数料	要 (500円/枚) 税抜き	枚	年 月	給与控除 日 受領
	不要		年 月	