

健康保険 減失 再交付申請書 兼 減失届

減失 無余白

常務理事	事務長	担当者	

被保険者証の記号及び番号		被保険者の氏名と印		性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日	申請区分	1. 再交付 兼 減失 (き損含む) 2. 減失のみ
(記号)	(番号)		印									
対象者氏名 (減失、き損した方の氏名)		性別	生年月日			被保険者 との続柄	<p><被保険者証を減失、き損した理由を詳しく記入してください></p> <p><被保険者証発見の際の返納誓約> ※き損による申請を除く</p> <p>上記に記載のとおり、健康保険被保険者証を減失したことに相違ありません。</p> <p>なお、減失した健康保険被保険者証を発見した場合は、直ちに返納致します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">印</p>					
		男	昭和	年	月	日						
		女	平成									
		男	昭和	年	月	日						
		女	平成									
		男	昭和	年	月	日						
		女	平成									
		男	昭和	年	月	日						
		女	平成									

事業主の証明	<p>上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の再交付又は減失の申請がありましたので提出致します。</p> <p>同時に、届出のとおり健康保険被保険者証を減失又はき損したことに相違ないことを証明致します。</p> <p>なお、今後は健康保険被保険者証を減失又はき損することのないよう徹底した指導を致します。</p>	
	<p>事業所</p> <p style="text-align: right;">所在地 名称 事業主 電話番号</p>	印

※再交付の場合、本人確認書類として運転免許証（写）若しくはパスポート（写）または住民票（マイナンバーなし）などの内一つを添付してください。

※き損による申請の場合は、「健康保険被保険者証」を添付してください。

受付年月日