

健康保険 減失 再交付申請書 兼 減失届

常務理事	事務長	担当者
記入例		

※ 交付してある健康保険被保険者証から転記してください。(被保険者証の減失に関する届出)

被保険者証の記号及び番号 (記号)	被保険者の氏名	減失(き損・無余白を含む)した医療保険証の種類	申請区分
123 (番号) 45678	健保 拓哉	① 被保険者証 2. 限度額適用認定証 3. 高齢受給者証	① 再交付 兼 減失(き損および無余白を含む) 2. 減失のみ

医療保険証を減失・き損(無余白を含む)した方の氏名等							
フリガナ		性別	生年月日		被保険者との続柄		
氏名(姓)	(名)		年	月		日	
ケンボ	サクラ	男	昭和	年	月	日	妻
健保	桜	女	平成 令和	05	10	20	
		男	昭和	年	月	日	
		女	平成 令和				
		男	昭和	年	月	日	
		女	平成 令和				
		男	昭和	年	月	日	
		女	平成 令和				

医療保険証を減失・き損した理由を詳しく記入してください(無余白を除く)。

令和4年2月1日に病院に行った際に、落としてしまったようです。
なお、警察には届出をいたしました。また、今後は保管に十分注意いたします。

被保険者本人の署名が必要になります(減失の場合のみ)。

医療保険証発見の際の返納誓約 ※き損・無余白による申請を除く

上記に記載のとおり、医療保険証(被保険者証・限度額適用認定証・高齢受給者証)を減失したことに相違ありません。
なお、減失した医療保険証(被保険者証・限度額適用認定証・高齢受給者証)を発見した場合は、直ちに返納いたします。
令和4年2月4日

被保険者氏名 健保 拓哉

確認事項	この届出については、①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。
所在地	〒 -
名称	事業主の証明が必要となります。
氏名	
電話	

留意事項

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者本人(被保険者)の署名が必要となります。
※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・無余白による申請の場合は、該当する医療保険証を添付してください。

受付年月日