

**健康保険被保険者証 滅失・き損
再交付申請書**

理事長	常務理事	事務長	係

記号・番号		被保険者氏名		性別	生年月日				
				男・女	S H	年	月	日	
事業所の名称					所属				
再 交 付 対 象 者	氏名		生年月日			性別	続柄	再交付原因	
			S H R	年	月	日	男・女		滅失・き損
			S H R	年	月	日	男・女		滅失・き損
			S H R	年	月	日	男・女		滅失・き損
滅失またはき損したときの状況を詳しく記入してください。※紛失・盗難の場合は必ず警察に届出をしてください。 申請事由発生年月日：令和 年 月 日 / 届出先： 警察署 / 提出日：令和 年 月 日									
上記のとおり申請致しますので再交付願います。 なお、 健康保険証滅失により生じた損害については、当方にて一切の責任を負います。									
令和 年 月 日									
被保険者		住所							
		氏名							

■添付書類■

- ・滅失による提出の場合 不 要
- ・き損による提出の場合 健康保険証

■注意事項■

- ・この届出の後に保険証が見つかった場合、各自で処分せずに当組合までご返却ください。
- ・住所欄の余白がなくなった場合は再発行いたしません。ご自身で修正してください。

