

# 健康保険被保険者証 滅失・き損無余白 再交付申請書

※ 決 裁 欄	常務理事	事務長	業務課長	担当者	交付年月日

被 保 険 者	① 被保険者証の記号番号	② 被保険者氏名	③ 生年月日		④ 性別	⑤ 資格取得年月日			
	—		昭和 平成	年 月 日	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		
	⑥ 被保険者住所	〒 — 電話番号 ( )							
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	氏名		生年月日			性別	続柄	備考	
	(氏)	(名)	昭・平・令	年	月	日	男・女		
	(氏)	(名)	昭・平・令	年	月	日	男・女		
	⑦ 被保険者証を滅失・き損したときの状況		滅失・き損した日	平・令	年	月	日	滅失・き損した場所	
	滅失・き損したときの状況								
<p>うえのとおり、被保険者証の再交付を申請いたします。</p> <p>なお、今後は被保険者証を滅失、またはき損することのないよう保管に留意するとともに、滅失した被保険者証を発見したときには、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">⑧ 被保険者氏名 _____</p>									

令和 年 月 日提出

事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	<p>うえのとおり、被保険者証を 滅失・き損・無余白 したことに相違ないことを証明いたします。</p> <p>なお、滅失、またはき損の申請においては、今後、保管に留意するよう、当事業所の全被保険者に対し、周知徹底をはかります。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">⑨ 事業所 名称 _____</p> <p style="text-align: right;">事業主氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ( ) _____</p>	
	本人確認書類	運転免許証 ・ パスポート ・ その他 ( )

※ 受付印

(2021.04)

## 【 注意事項 】

- ◎ 表題、および事業主証明欄は、滅失・き損・無余白（この無余白とは住所欄の無余白）の該当する項目を○で囲んでください。
- ◎ き損、または無余白となったための再交付であるときは、その被保険者証を添付してください。
- ◎ 氏名・生年月日の訂正があるときは、その届を添付してください。
- ◎ 再交付後、滅失した被保険者証を発見したときは、その被保険者証は使用できませんので、ただちに返納してください。