

健康保険被保険者証 滅失 申請書

常務理事	事務長		係

①健康保険被保険者等の記号	②健康保険被保険者等の番号	③被保険者の氏名 (氏) (名)	④生年月日 昭5 年 月 日 平7 令9 昭5 年 月 日 平7 令9	⑤資格取得年月日 昭5 年 月 日 平7 令9
被保険者のマイナンバー ※被保険者等記号番号を記入した場合は不要		注 意 事 項		
⑥被保険者の住所 〒 —		<ul style="list-style-type: none"> ・令和7年12月1日までに滅失またはき損した場合にご提出いただく書類です。 ・き損のため申請する方は、保険者証を必ず添付して下さい。 		

再 交 付 申 請 の 対 象 と な る 者	⑦氏名	⑧生年月日	⑨続柄	⑩再交付の原因	理由の詳細								
	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7 令9		滅失 き損	紛失等の理由を詳しく記入して下さい。 屋外での紛失は警察へ届出して下さい。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 届出警察署 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">派出所</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">交番</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">警察署</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black;">届出受付番号</td> </tr> </table> </div>		派出所		交番		警察署	届出受付番号	
		派出所											
		交番											
		警察署											
届出受付番号													
(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7 令9		滅失 き損										
(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7 令9		滅失 き損										
(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7 令9		滅失 き損										

上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の滅失またはき損申請がありましたので提出いたします。

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話	(局) 番

令和 年 月 日 提出 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者

住商連合健康保険組合