健保組合欄	常務理事	事務長	係	資格取得年月日	平成　年　月　日	（備考）
				再交付年月日	平成　年　月　日	
				保険証の添付	有　・　無	

健康保険被保険者証（カード式）再交付申請書兼滅失届

該当する方に✔点を入れてください⇒　　□ 滅失　　□ き損　　□ 無余白

被保険者が記入する欄

保険証の記号	保険証の番号	被保険者氏名		性別	生年月日
			印		昭・平　年　月　日

事業所名称	所属部署名
（株）	

再交付申請をする対象者の 氏名	性別	生年月日	続柄	再交付を希望する理由
		大・昭・平　年　月　日		滅失した日時・場所、き損させた理由など詳しくご記入ください。
		大・昭・平　年　月　日		
		大・昭・平　年　月　日		
		大・昭・平　年　月　日		

【滅失届】 以下は滅失した場合にご記入ください。

警察への届出（該当する方に○）	有（平成　年　月　日・　警察）	無

上記のとおり、保険証を滅失した事に相違ありません。この保険証について、万一事故があった場合は、責任を持って弁償しますとともに、今後、保険証の取扱いについては十分注意いたしますので、再交付をお願いします。なお、滅失した保険証を発見した時は、ただちに返納します。

平成　年　月　日　　被保険者氏名　　印

事業主記入欄

上記のとおり、被保険者から保険証の再交付申請がありましたので提出します。
同時に、保険証の滅失またはき損した事に相違ないことを証明します。
なお、今後は保険証の取扱いに十分注意するよう指導します。

平成　年　月　日

事業所所在地
名称
事業主氏名　　印

※ き損の場合は該当する保険証を添付して申請してください。
※ 事業主記入欄は申請者及び所属部署では記入できません。事業所（会社）の人事（業務）担当部署に提出してください。任意継続被保険者の方直接健康保険組合で提出してください。

2015.07改訂