

| | | |
|------------------------------------|----------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 | <input type="checkbox"/> 滅失届 | 再交付申請書 |
| <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 | <input type="checkbox"/> 滅失 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> き損 | |

| | | | |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 統括 | 担当 |
| | | | |

(該当にレ点を記入してください)

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------|----------------------------------|----|
| 被保険者証の記号・番号 | | 被保険者の氏名 | | 印 | 被保険者の生年月日 | |
| 記号 | 555 | 番号 | 99999 | | 昭 ^レ 平・令 00年 xx月 xx | |
| 住所 | 〒123-4567 △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ 日中連絡のとれる電話番号 090-9999-9999 | | | | | |
| 申請する該当者に○ | | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者分 <input type="checkbox"/> 被扶養者分 ⇒ 該当者について下記を記入 | | | | |
| 該当者が被扶養者の場合に記入 | | 被扶養者の氏名 | | 被扶養者の生年月日 | | 続柄 |
| | | | | 昭・平・令 年 月 日 | | |
| | | | | 昭・平・令 年 月 日 | | |
| | | | | 昭・平・令 年 月 日 | | |
| 【必須】滅失申請の事由 (いつ、どこで、紛失状況を記入ください) | | | | | | |
| 妻が二人分の保険証を財布に入れ夫婦で旅行中、車上荒しにあい財布を盗られた。 | | | | | | |
| 盗難届出年月日: 令和 00年 xx月 xx日 被害受理番号: No.*999999 所轄警察署: ○○○○○ 警察署 | | | | | | |

◆滅失した場合は次の誓約書へ記入捺印してください。(き損の場合は不要)

【誓約書】

上記の届出書に記載したとおり、被保険者証(以下、保険証)を滅失したことに相違ありません。
 今後 保険証の扱いについては充分注意いたします。 また、滅失した保険証を発見・回収した際は、
 廃棄せずただちに返納いたします。 被保険者本人が氏名を自署した場合、本人の押印は不要です。

令和 00年 XX月 XX日 被保険者氏名 健保 太郎 (印)

<注意事項>

- ※滅失した「被保険者証」が第三者により悪意を持って使用され、それにより健保が損害を被った場合、その損害額が健保から請求される場合があります。
- ※不正使用目的で故意に再交付したことが判明した場合は、健保が負担した医療給付費を請求させていただきます。
- ※故意、不注意に起因した再交付申請が、複数回ある場合は再発行の手数料を負担していただく場合があります。
- ※き損の場合は必ず「被保険者証」を添付してください。

上記のとおり、滅失届・滅失再交付申請を致します。

住所

事業主名 (印)

| | | |
|---------|--|--|
| 所属事業所検印 | | |
| | | |

受付印