

常務理事	事務長	係

滅失届

健康保険被保険者証

滅失・き損 再交付申請書

※該当する届・申請欄の太線内に記載して下さい。

滅 失 届	健康保険被保険者証		被保険者の氏名		性別	生年月日
	記号	番号				年 月 日
	被扶養者の被保険者証を滅失したときは、その被扶養者の氏名					
	被保険者証を滅失したときの状況		盗難及び遺失物届出をしたときは、その届出番号を記載して下さい。			
<p>上記に記載したとおり、被保険者証を滅失しました。今後は被保険者証の取扱いに十分注意します。また、被保険者証が見つかったときは速やかに返却します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p>						

※再交付の対象となる者の氏名等を記載して下さい。

再 交 付 申 請 欄	氏 名		性別	続柄	再交付の原因	備 考
	被 保 険 者		男 女	本人	滅失・き損 その他	
	被 扶 養 者		男 女		滅失・き損 その他	
			男 女		滅失・き損 その他	
			男 女		滅失・き損 その他	
		男 女		滅失・き損 その他		

事業所名称	令和 年 月 日 提出	
	社会保険労務士の提出代行者印	受付日付印
事業主氏名		

任意継続被保険者の方は、再交付申請者を受け取る方の免許証の写しもしくは住民票を添付してください。