

健康保険被保険者証

滅失
き損

再交付申請書

常務理事	事務長	事務次長	課長	係長	担当

被保険者証の記号・番号		記号		番号		被保険者氏名		
被保険者の住所		住所	〒 ー					
再交付対象者欄（該当記号ア・イに○印）	ア	被保険者(本人)分 (氏)		(名)		再交付の原因		
						滅失・き損・その他		
	イ	被扶養者(家族)分		生年月日	性別	続柄	再交付の原因	
		(氏)	(名)	昭和・平成 年 月 日	男 女		滅失・き損・その他	
		(氏)	(名)	昭和・平成 年 月 日	男 女		滅失・き損・その他	
(氏)		(名)	昭和・平成 年 月 日	男 女		滅失・き損・その他		
	被保険者の署名							

この申請書に添付して提出する書類

* 滅失したための再交付申請書であるときは、「被保険者証滅失届」を添付

* き損したための再交付申請であるときは、「き損」となった保険証を添付

平成 年 月 日 提出

事業主欄	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出致します。
	事業所所在地 事業所名所 事業主氏名 電話

社会保険労務士の提出代行者印
印

受付日付印

※督促	年	月	日
※回収	年	月	日

常務理事	事務長	事務次長	課長	係長	担当

健康保険被保険者証 滅失届

被保険者証の記号・番号		記号	番号	被保険者氏名	
被保険者の住所・電話番号		住所	〒 -		電話番号
滅失した対象者	氏名	生年月日		性別	続柄
	(氏) (名)	昭和・平成	年 月 日	男・女	
	(氏) (名)	昭和・平成	年 月 日	男・女	
	(氏) (名)	昭和・平成	年 月 日	男・女	
	(氏) (名)	昭和・平成	年 月 日	男・女	
被保険者証を滅失した場所・理由					

(被保険者証発見の際の返納誓約)

うえの届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名 _____ (印)

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名 _____ (印)
電話

平成 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
_____ (印)

神奈川県機器健康保険組合