

伺日	平成	年	月	日	施行	平成	年	月	日
常務理事		事務長			担当者		担当者		

# 健康保険被保険者証滅失届兼再交付申請書

申請者	事業所名		所属		現住所				
			TEL		〒 TEL				
	健康保険証 記号 番号		従業員番号 (ゴム印使用)	フリガナ 氏名		生年月日	性別	資格取得年月日	
						昭平	男女	昭平	

滅失／再発行 対象者	対象者氏名	再発行	生年月日	性別	続柄	滅失／再交付の原因	<p align="center">【誓約書】</p> <p>左記のとおり健康保険被保険者証を滅失したことに相違ありません。 この保険証について万一事故がありました場合は、責任をもって弁償いたします。また、当該保険証を発見した場合には、ただちに返却いたします。 なお、今後の保険証の扱いについては □十分注意いたしますので再発行をお願いいたします。 □( )のため再発行の必要はございません。</p> <p>平成 年 月 日 被保険者氏名 印</p> <p>所属長の証明 上記被保険者は、健康保険証を滅失したことに相違ないことを証明します。 所属長氏名 印</p>	
		要 不要	大昭平		男女			1. 紛失 [誓約書欄署名要]
		要 不要	大昭平		男女			2. 盗難 [盗難届(写で可)要]
		要 不要	大昭平		男女			3. き損 [現物添付]
		要 不要	大昭平		男女			4. その他 ( )
		要 不要	大昭平		男女			上記の状況等詳細をご記入ください。 [滅失日 年 月 日頃]
		要 不要	大昭平		男女			

この申請について事実相違ないことを証明します。	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	印

平成 年 月 日 提出

受付日付印

健保記入欄				
再発行手数料	要 (500円/枚)	枚	年 月	給与控除
	不要	円	年 月	日 受領

- 「再交付の原因」欄は必ず記載すること。
- 今後の保険証の扱いについては誓約書欄の該当の□に✓を入れること。  
また、再発行不要の場合( )内に就職、退職等理由を記入すること。
- 元の保険証が出てきた場合は、「元の」保険証を健保組合へ必ず返却すること。