

健康保険被保険者証（紙） 滅失（紛失） 毀 損 再交付申請書  
無 余 白

平成 年 月 日

事務長	入力日	担当者

会社名称			
部署名			
※任意継続の方は記入の必要はありません。			
事業所連絡先	電話	局 番	担当

下記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付の申し出がありましたので届出いたします。  
なお、今後は被保険者証を滅失（紛失）することのないよう充分指導いたします。

被 保 険 者	健康保険被 険者証の記号	健康保険被 険者証の番号	被 保 険 者 の 氏 名	生 年 月 日	性別
			印	明・大・昭・平 年 月 日	男 女
保 険 者	再交付の原因	住所	※保険証を送付したい住所を記入（住民票を移動しているか否かは問わず）。		
	滅 失※1 き 損 無余白		TEL ( )		
記 入 欄	被 扶 養 者 の 氏 名		生 年 月 日	性別	続柄
	(氏)	(名)	明・昭・ 大・平 年 月 日	男 女	
	(氏)	(名)	明・昭・ 大・平 年 月 日	男 女	
	(氏)	(名)	明・昭・ 大・平 年 月 日	男 女	
	(氏)	(名)	明・昭・ 大・平 年 月 日	男 女	
再 交 付 の 事 由	<input type="checkbox"/> 再交付を希望する ※保険証を紛失されたときは、その状況を詳しく記載してください。				
	<input type="checkbox"/> 再交付を希望しない				

[ 記入の方法 ]

1. 年号は、該当する文字を○で囲んでください。
2. 性別は、該当する文字を○で囲んでください。
3. 再交付の原因は、該当する文字を○で囲んでください。
4. 被扶養者の続柄は、「夫」「妻」「実父」「実母」「長男」「長女」「祖父」や「未届の妻」「妻の父母」「夫の父母」など詳しく記入してください。
5. 紛失のため保険証の記号番号が分からない場合は空白で結構です。

[ この届書に添付して提出するもの ]

1. 被保険者証が無余白になった場合、及び証をき損した場合は、その被保険者証を添付してください。
2. 盗難・紛失の場合は、警察へ遺失届を提出したことを証明できる書類(写し可)を添付してください。

※遠隔地被保険者証を滅失された方は、下の該当する文字を○で囲んでください。

遠隔地被保険者証 (本人所有) ・ 遠隔地 (被扶養者所有)

※資格喪失や扶養削除で再交付を希望しない方は、「再交付の事由」の「希望しない」に印を入れてください。

受付年月日