

減失
健康保険被保険者証 き損 再交付申請書
無余白

健 保 使 用 欄	常務理事	担当上司	担当

被保険者証の記号		被保険者証の番号		被 保 険 者 の 氏 名				生 年 月 日									
				(フリガナ) (氏)		(名)		昭和 ・ 平成		年		月		日			
資格取得年月日				被 保 険 者 の 住 所				備 考									
昭和 平成 令和		年		月		日	〒 ー										
再 交 付 対 象 者 の 氏 名			生 年 月 日			続 柄	再交付の原因	A (健康保険被保険者証の滅失理由) (被保険者証発見の際の返納誓約) A欄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、返納すると共に、紛失した被保険者証に対し、今後一切の責任を取ります。 被保険者氏名									
(氏)			(名)			昭和 平成 令和						年		月		日	滅失 き損 無余白
(氏)			(名)			昭和 平成 令和						年		月		日	滅失 き損 無余白
(氏)			(名)			昭和 平成 令和						年		月		日	滅失 き損 無余白
(氏)			(名)			昭和 平成 令和						年		月		日	滅失 き損 無余白

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請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又はき損することのないよう充分指導いたします。	
事業所所在地	(局) 番
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

令和 年 月 日 提出

受付日付印

三谷健康保険組合 殿