常務理事	事務長	担当

健康保険　被保険者証 高齢受給者証　滅失・毀損 再交付　申請書

被保険者証の記号番号	記号	1	生年月日	昭和 平成	年		月		日		資格取得年月日	平成 令和	年		月		日		
	番号	1234			4	7	1	0	1	2			2	2	1	1	0	1	
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	ケンポ　タロウ																	
		健保　太郎																	
被保険者住所	〒106－0000　東京都港区中央1－2－3																		
	電話　03　（1234）　5678																		
提出理由（該当するものに○を）	1．減　失　（紛失・盗難・不明）　2．毀　損																		
	3．その他　（　　）																		
再交付を（該当するものに○を）	1．希望する　2．希望しない																		
該当者（該当するものに○を）	1．被保険者分　2．被扶養者分																		
該当者が被扶養者の場合記入	①	ﾌﾘｶﾞﾅ	ケンポ　ハナコ	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	年		月		日							
		健保　花子						4	8	0	3	2	0						
	②	ﾌﾘｶﾞﾅ		続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年		月		日							
	③	ﾌﾘｶﾞﾅ		続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年		月		日							
滅失又は毀損したときのその状況	※できるだけ具体的にご記入ください 滅失した場合、滅失日：令和　1　年　11　月　17　日 18時頃、自宅最寄りのスーパーで買い物途中、カートに財布を入れたバックを掛けていたら目を離した隙に紛失をしていた事に気づいた。その時財布に入っていた保険証も一緒に紛失した。																		
警察への届出状況	有・無	届出先	港　警察署	届出日	令和　1　年　11　月　17　日														

健康保険被保険者証・高齢受給者証　滅失・毀損届　**滅失・毀損の場合のみサイン記入**

上記の申請書に記載したとおり被保険者証を滅失・毀損致しました。被保険者証を発見したときは直ちに返納いたします。

令和　1　年　11　月　22　日　被保険者氏名　健保　太郎

◎健康保険被保険者証の毀損のための再交付申請であるときは、毀損した被保険者証を、この申請書に添付してください。

事業所の証明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。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十分指導いたします。 年　月　日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 事業所の記入欄

受付日付印

アボット健康保険組合