

常務理事	事務長	次長	合議	係

健康保険 被保険者証 **滅失** 再交付申請書
き 損

※ 記入方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。

①被保険者証の記号・番号 1234 5		②被保険者氏名 (氏) 健保 (名) 太郎		③生年月日 昭.5 年 月 日 平.7 5 6 4 1 令.9		④性別 男.1 女.2	
⑤資格取得年月日 昭和 年 月 日 平成 1 5 4 1 令和		⑥資格喪失年月日 昭和 年 月 日 平成 令和		⑦被保険者住所 〒 大津市〇〇丁目〇〇-〇 電話番号 〇〇〇- (〇〇〇) -〇〇〇〇			
⑧対象者の氏名 (氏)		生年月日		⑩性別	⑪続柄	⑫再交付の原因 滅失 き損 滅失	⑬資格喪失日 もしくは削除日 年 月 日
*資格喪失時に保険証を添付できないときに提出する場合は、記入して下さい。				男.1			年 月 日
*「滅失」の場合は、⑮欄「誓約書」を被保険者が署名して下さい。自ら署名の場合は押印不要です。							年 月 日
*「き損」の場合は、き損となった被保険者証を添付して下さい。							年 月 日
				女.2		き損	年 月 日
⑭再交付理由欄	令和〇年〇月〇日、被保険者証を入れていた鞆を旅先で盗難にあった。警察へ届出済みです。 (詳細をご記入下さい)						
⑮ (滅失の場合は記入)	誓約書 このたび健康保険被保険者証を滅失してしまいましたが、後日発見した時は直ちに返納いたします。なお、滅失した被保険者証が不正に使用され、損害が発生した場合は私が一切の損害を補償することを誓約いたします。 上記のとおり届出いたします。 令和 〇年 〇月 〇日 住所 大津市〇〇〇丁目〇〇-〇 (被保険者) 氏名 健保 太郎						
⑯事業主の証明欄	上記の者が健康保険被保険者証を滅失(き損)したことを証明します。なお、今後は滅失(き損)することのないよう十分指導いたします。 令和 〇年 〇月 〇日 事業所所在地 〇〇〇〇〇〇 事業所名称 〇〇〇〇〇〇〇〇 滋賀県農協健康保険組合理事長 様 事業主氏名 〇〇 〇〇 公印						

確認決定印

受付印