

健康保険被保険者証 滅失 毀損 再交付願

常務理事	事務長	担当者

被保険者証記号・番号		34・		被保険者の氏名						
滅失・毀損に 至った 状況	届け先 _____ 警察署 届日 _____ 月 _____ 日	再交付を希望する被保険者証 (該当番号に○印)	1	被保険者 (本人が保持しているもの)						
			左記に該当する 家族の氏名	2	被扶養者 (家族が保持しているもの)					
					氏名	生	年	月	日	続柄
						年	月	日		
						年	月	日		
						年	月	日		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

事業所の所在地
事業所の名称
事業主の氏名

受付日付印

・任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。