

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		記号	番号	被保険者の氏名					
滅失・毀損に 至った 状況 詳しく 記載 してください	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	
				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。