

理事長	常務理事	事務局長	担当

提出先: 会社人事担当
任意継続者は健保組合

健康保険(被保険者証・被扶養者証)再交付申請書

保険証記載の記号2桁番号を記入

保険証記載の4桁の番号を記入

記号 10 番号 1234	7226	氏名 健保 太郎
住所 香川県高松市新田町甲34		

被保険者(ご本人)について記入

再交付の理由 該当するものを○で

1、毀損⇒毀損した保険証を添付してください。

2、滅失⇒紛失した状況を記入してください。

外出先のコンビニで財布に入れていた保険証を紛失

警察への届け出状況

届け出先(**高松北 警察署**) ・ 派出所 ・ 駐在所

届け日 (令和 **4** 年 **6** 月 **1** 日)

3、その他 (具体的な理由を記入してください。)

添付書類
毀損など保険証が破損した、文字が薄くなった等、毀損の場合は、健康保険証を添付

紛失した状況・場所など具体的に記入してください

自宅以外で保険証を紛失した場合は必ず警察へ連絡してください

警察へ紛失届を届けた日時を記入

申請の対象者

1、本人

2、家族(氏名) **健保 花子**

3、家族(氏名)

4、家族(氏名)

5、家族(氏名)

保険証を紛失し、再発行対象者の氏名を記入してください。ご本人の場合は

滅失した場合に署名をお願いします。

念書

上記に記載のとおり、健康保険証を滅失したことに相違ありません。
この健康保険証について万一、事件・事故が起こった場合はすべて自己責任とします。
今後、十分に注意致しますので、再交付をお願いします。
なお、滅失した健康保険証を発見した場合は速やかに返却します。

令和 **4** 年 **6** 月 **2** 日 被保険者氏名 **健保 太郎**

ご一読し、自署で氏名・日付をご記入ください

事業主証明

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日 事業主所在地

事業所名所

事業主氏名

事業主が証明してください
任意継続者はご自身の住所氏名を記入

備考欄

被保険者証の記号・番号変えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。その場合本人確認の書類が必要です。