

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証滅失届 兼 再交付申請書

申請日:令和 年 月 日		※再交付が不要な場合は、『再交付申請書』部分に二重線を引いてください		
被保険者証の記号番号		フリガナ	性別	生年月日
記号	番号	被保険者氏名	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
勤務先の事業所名		住所		
		名称		

【申請事由】

◇該当項目にチェック「レ」をして下さい。

- 《再交付》滅失(紛失・盗難等)のため → 申請前に警察へ届け出て下さい。
 《再交付》毀損(折る等)のため → 毀損した被保険者証を添付下さい。
 《再交付》劣化(印字ボケ等)のため → 劣化した被保険者証を必ず添付下さい。
 被保険者証を滅失致しましたので、お届け致します。但し、再交付の必要はありません。

【申請対象者】

氏名	続柄	性別	生年月日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日

【発生事由】 ※滅失・毀損時に記載

滅失・毀損した日:平成・令和 年 月 日			
滅失・毀損した時の状況 (出来るだけ詳細に)			
滅失時、警察への届出	警察署	受理年月日	平成・令和 年 月 日 受理番号

警察への届出

被保険者証は、キャッシュ・クレジットカードのように使用の一時停止、無効措置を取ることが出来ません。滅失した被保険者証が第三者により不正使用される恐れがある為、万一に備え、最寄の警察署等へ早急に届出下さい。被保険者・扶養者の届出遅滞により不正使用された場合は、不正使用金額全額を請求させて頂く場合があります。

【滅失時記載】

誓約書 (兼同意書)	上記に記載した通り被保険者証を滅失致しましたが、今後は十分取り扱いに注意致します。また、当該保険証が万一不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健保組合が被った場合には、その一切の責任を負うことを誓約すると共に、監督官庁・警察等への医療行為に関わる個人情報提供につきまして、貴健保組合に一任することに同意します。なお、この被保険者証を発見した時は、直ちに返納致します。 令和 年 月 日 被保険者 (自署) 印
---------------	--

【事業所証明】

上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の再交付の申請がありましたので、申請内容に相違無き事を証明致します。 なお、今後は滅失・毀損することのないよう、十分指導致します。	
所在地	令和 年 月 日
事業所名称	
事業主名	印
電話	局() 番

※ 受付日付印