

健保組合 記載欄	常務理事	事務長	担当者	受付年月日	摘要
	再交付 年月日	年 月 日			

**健康保険被保険者証 再交付申請書**

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏 名	
被保険者 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		事業所 所 属	
再交付対象者			続 柄	
再交付を 申請する理由	該当するものに○印		発 生 日	場 所
	滅失 ・ 毀損 ・ 盗難		年 月 日	
	状況			
		警察の遺失物届・盗難届 受理番号		
		警察署 番		
念 書				
<p>1. 今後は被保険者証を紛失または毀損することのないよう努めます。</p> <p>2. 紛失による一切の責任を負います。</p> <p>3. 紛失した被保険者証を発見したときは、発見した被保険者証を直ちに返納します。</p>				
被保険者住所：				
被保険者氏名： _____ 印				

上記のとおり被保険者証の再交付について申請します。 \_\_\_\_\_ 年 月 日

<p>上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。</p> <p>事業所所在地：</p> <p>事業所名称：</p> <p>事業主氏名： _____ 印</p>
--

※自宅外の紛失・盗難については必ず警察へ「遺失物届」「盗難届」を提出の上、受理番号を記入下さい。  
(紛失・盗難の法的証明となります。)  
※必ず念書欄も記入して下さい。  
※毀損の場合は被保険者証を添付してください。