

# 健康保険被保険者証 再交付(滅失)申請書

いずれか該当に○

滅失      き損      無余白

常務理事	事務長	課(係)長	扱 者

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	①事業所コード		②事業所名										
	③記号		④番号		⑤被保険者の氏名					性別	⑦再交付の原因		
	1 1				(氏) (名) 印					1 男 2 女	滅失 3 き損 4 無余白 5	盗難 6 その他 7	
	⑧資格取得年月日			⑨資格喪失年月日			⑩被保険者の生年月日			⑪紛失届提出先			
	5 昭和 7 平成						5 昭和 7 平成			警察署			
	⑫被保険者の住所										受理番号		
	〒										NO.		
	⑬被扶養者の氏名					⑭生年月日			⑮性別	⑯続柄			
	(氏) (名)					1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成				1 男 2 女			
	(氏) (名)					1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成				1 男 2 女			
(氏) (名)					1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成				1 男 2 女				
(氏) (名)					1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成				1 男 2 女				
⑰被保険者証を滅した状況(詳しく)													

(被保険者証発見の際の返納規約)

上記記載どおり、被保険者証を滅失しましたが、被保険者証を発見した時は直ちに返納致します。

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申請がありましたので提出いたします。  
なお、今後は健康保険被保険者証を滅失又は毀損することのないよう十分指導いたします。

受付日付印

事業所所在地	〒 104 - 0061
事業所名称	東京都中央区銀座2-16-10
事業主氏名	ヤマト運輸 株式会社
電 話	事業主代理人 大谷 友樹 印
	人事総務部長 03 ( 3 5 4 1 ) 3 4 1 1 番

# 健康保険被保険者証 再交付(滅失)申請書

常務理事	事務長	課(係)長	扱 者

いずれか該当に○

滅失     
  き損     
  無余白

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	①事業所コード		②事業所名													
	××××××××		○○ 営業所													
	③記号	④番号	⑤被保険者の氏名						性別	⑦再交付の原因						
	11	123456	(氏) 大和			(名) 太郎			①男 ②女	③ ④ ⑤	⑥ ⑦	盗難 その他				
	⑧資格取得年月日			⑨資格喪失年月日			⑩被保険者の生年月日			⑪紛失届提出先						
	⑤昭和 ⑦平成	年	月	日	⑦平成	年	月	日	⑤昭和 ⑦平成	年	月	日	○○○ 警察署			
	⑫被保険者の住所										受理番号					
	〒 ○○都○○区○○町×-×-×										NO. ×××					
	⑬被扶養者の氏名					⑭生年月日					⑮性別	⑯続柄				
	(氏) 大和			(名) 太郎			1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成	年	月	日	①男 ②女	本人				
(氏) 大和			(名) 花子			1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成	年	月	日	①男 ②女	妻					
(氏) 大和			(名) 次郎			1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成	年	月	日	①男 ②女	次男					
(氏) 大和			(名) 正			1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成	年	月	日	①男 ②女	父					
⑰被保険者証を滅した状況(詳しく)																
×月×日、妻が、病院に行った際、紛失しました。 今後は保管に十分注意します。																

(被保険者証発見の際の返納規約)

上記記載どおり、被保険者証を滅失しましたが、被保険者証を発見した時は直ちに返納致します。

受付日付印

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申請がありましたので提出いたします。  
なお、今後は健康保険被保険者証を滅失又は毀損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	印
事業所名称	
事業主氏名	
電話	