健康保険　被保険者証　再交付申請書

被保険者	記号・番号	（　　－　　）	氏　名	
	住　所	〒　　－		

申請理由 （該当する方に〇を付ける）	１．滅失 ２．き損　→　保険証を添付してください。
再交付対象者	・　被保険者 ・　被扶養者　（氏名：　　）（続柄：　　） （氏名：　　）（続柄：　　） （氏名：　　）（続柄：　　） （氏名：　　）（続柄：　　）
滅失またはき損となった状況や理由	

＊滅失した場合は、下記も記入ください。

＜念書＞

上記の通り、被保険者証を滅失したことに相違ありません。
この被保険者証について、万一事故がありました場合は責任をもって弁償するとともに、
今後その扱いについては充分注意致しますので、再交付をお願い致します。
なお、滅失した被保険者証を発見致しました場合はただちに返納致します。

令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名（署名）

＊被保険者が、署名してください。

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので、届出致します。
同時に、届出のとおり被保険者証を滅失またはき損したことに相違ないことを証明致します。
なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう充分指導致します。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号　　（　　）