

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者証  
高年齢受給者証  
限度額適用認定証  
資格確認書

滅失・毀損 再交付申請書

提出日	令和 年 月 日		*被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印を省略できます。						
被保険者証の記号番号	記号	被保険者氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	番号								
社員番号									
被保険者住所	〒 ( ) 電話番号								
*該当するものに ○をしてください。	証の種類	1. 被保険者証 2. 高年齢受給者証 3. 限度額適用認定証 4. 資格確認書							
	提出理由	1. 滅失 (紛失・盗難・不明) 2. 毀損 3. その他 ( )							
	該当者	1. 被保険者分 2. 被扶養者分		再交付を		1. 希望する 2. 希望しない			
該当者が被扶養者の場合記入	①	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	②	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	③	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
滅失又は毀損したときのその状況	※できるだけ具体的にご記入ください。								
警察への届出状況	有・無	届出先	警察署	届出日	令和 年 月 日				

健康保険被保険者証・高年齢受給者証・限度額適用認定証・資格確認書滅失届 (滅失の場合のみ記入)	
上記の申請書に記載したとおり、被保険者証・高年齢受給者証・限度額適用認定証・資格確認書を滅失いたしました。滅失したときは、ただちに返納いたします。なお、滅失により保険給付等に事故が発生したときには一切の責任を負います。再交付を受けた証について、今後は取扱いを十分に注意いたします。	
令和 年 月 日	被保険者氏名 (印)

事業主の証明	上記のとおり、被保険者から再交付または滅失の申請がありましたので、提出いたします。 なお、再交付を受けた証について、今後は滅失・毀損することのないよう十分指導いたします。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 (印)
電話番号	

受付日付印

- ※ 毀損、その他により再交付申請の場合は、毀損等の証をご返却ください。
- ※ 任意継続被保険者制度加入者（保険証の記号が「99」）で再交付（毀損除く）の場合は、いずれか1点を添付してください。  
・ 該当者の住民票・運転免許証・パスポート等のコピー
- ※ 被保険者証については資格確認書に替えて再発行いたします。