

常務理事	事務長		係

健康保険 被保険者証 再交付申請書／紛失届

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号番号	記号	被保険者 氏 名	フリガナ			性別
		番号					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	会社名		生年月日	年	月	日	Mud-ID
	再 交 付 該 当 者	フリガナ 氏 名	続柄	再交付理由	フリガナ 氏 名	続柄	再交付理由
				・紛失 ・破損*1 ・その他*2			・紛失 ・破損*1 ・その他*2
			・紛失 ・破損*1 ・その他*2			・紛失 ・破損*1 ・その他*2	
紛 失 時 記 入 欄	上記の通り、健康保険被保険者証を紛失致しました。 今後は、十分取り扱いには注意致します。 なお、紛失した健康保険被保険者証を発見した際には、直ちに返納致します。						
	令和 年 月 日 被保険者氏名			印			
事業主記入欄 (人財本部記入欄)		上記の通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 提出致します。紛失については今後繰返すことのないように指導致します。 令和 年 月 日 提出 所在地： 事業所名称： 代表者氏名：					

※注意事項

保険証はクレジットカードのようにその効力を止めることはできません。

盗難・外出先での紛失は悪用される場合がありますので、必ず警察へ届出されるよう
お願い致します。

*1破損または*2その他（保険証裏面の住所欄の余白が無くなった、表面の印字が薄くなった）
場合等は、申請書と一緒に保険者証を必ず添付して下さい。

受付日付印