

【提出ルート】

申請者 → 事業所業務担当者 → 健保

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証 再交付
 滅失 毀損 滅失届

滅失: 保険証を紛失し、再交付する場合
 毀損: 保険証を破損させるなどし、再交付する場合
 (毀損した保険証は必ず添付して下さい。)
 滅失届: 資格喪失時に保険証を紛失して返却できない場合

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日		性別	
記号	1	番号	11111	健保 太郎		昭平 40年1月1日	男 女
被保険者の現住所		〒111-1111 東京都〇〇区〇〇1-11-11					
被保険者が現在勤務する事業所名		スタンレー電気〇〇部〇〇課					
再交付または滅失対象者	対象者の氏名		対象者の生年月日		続柄	性別	
	健保 花子		昭平令 43年 2月 3日		妻	男 女	
			昭平令 年 月 日			男 女	
			昭平令 年 月 日			男 女	
			昭平令 年 月 日			男 女	
滅失または毀損させた理由 (詳細に記載の事)		発生年月日	令和 元 年 5 月 25 日				
※毀損した場合は、必ず被保険者証を添付してください。		場所	山手線の車内				
		滅失・毀損状況	カバンごと紛失。				

◇ 被保険者証を滅失した場合は以下の誓約書を記入してください。

<誓約書>
 上記の届出書に記載した通り、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致しますとともに、
 今後その扱いについては十分注意致します。
 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 元年 5月 28日 被保険者氏名 健保 太郎

スタンレー電気健康保険組合理事長殿

事業主の証明	上記の通り被保険者から健康保険被保険者証の再交付または滅失の申請がありましたので提出致します。 同時に、届出の通り健康保険被保険者証を滅失または毀損したことに相違ないことを証明致します。 なお、今後は健康保険被保険者証を滅失または毀損することのないよう、充分指導致します。	
	事業主記入	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日
	事業所所在地	東京都目黒区中目黒 2-9-13
	事業所名	スタンレー電気株式会社
事業主名	代表取締役社長 ○○ ○○	事業所業務担当者
		担当者印

受付日付印