

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書
棄損

常務理事	事務長	担当	確認

健康保険者証の記号	健康保険者証の番号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日		資格取得年月日
		(氏)	(名)	5:昭 7:平 9:令	年 月 日	年 月 日
被 保 険 者 の 住 所				備 考		
〒						

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

被保険者のマイナンバー記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

誓約 後日被保険者証を発見したときは、ただちに事業主を通じて健康保険組合に返納します。
万一紛失した被保険者証が不正に使用された場合は、私が一切の責任を負います。

再交付申請の対象者	氏 名		生 年 月 日		続柄	原 因	住 所 (上記と同じ場合は省略可)
	(氏)	(名)	5:昭 7:平 9:令	年 月 日		1:滅失 2:棄損	〒
(氏)	(名)	5:昭 7:平 9:令	年 月 日		1:滅失 2:棄損	〒	
(氏)	(名)	5:昭 7:平 9:令	年 月 日		1:滅失 2:棄損	〒	
(氏)	(名)	5:昭 7:平 9:令	年 月 日		1:滅失 2:棄損	〒	

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届出いたします。
なお、今後は被保険者証を滅失又は棄損することのないよう、被保険者に周知徹底をはかります。

令和 年 月 日

中部アイティ産業健康保険組合理事長 殿

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

- この申請書には、被保険者自筆の始末書（別紙始末書に具体的理由を記入）を添付の事。
- 被保険者証を棄損の場合は、棄損した被保険者証を添付の事。