

健康保険 被保険者証 減失(き損)届
 高齢受給者証 再交付申請書

常務理事	業務局長	部長	課長	係長	係

◎ 標題の文字、再交付の要否は、それぞれ該当する項目にチェック又は○を記してください。
◎ 再交付申請の理由が、き損(破損)の場合は、その保険証を添付してください。

被保険者証		被保険者の氏名と印		申請の理由(該当項目に○)	1 減失・き損(破損)のため
記号	番号	⑩			減失・き損(破損)した年月日と場所(わかる範囲で)
被保険者の住所					平成 年 月 日 場所〔 〕
〒 - ()		その状況			被保険者証を減失又はき損(破損)いたしました。今後は十分注意いたします。なお、減失した被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。
申請対象となる方(該当項目に○)	1	被保険者(本人が保持している証カード)	要・否	申請の理由(該当項目に○)	2 減失(盗難による)のため *悪用されるケースも想定されますので警察への連絡・届出をおすすめします。
	2	被扶養者(家族が保持している証カード)	再交付の要否		盗難にあった年月日と場所
		氏名	生年月日		平成 年 月 日 場所〔 〕
			大正 昭和 平成 年 月 日		要・否
			大正 昭和 平成 年 月 日		要・否
			大正 昭和 平成 年 月 日		要・否
	大正 昭和 平成 年 月 日	要・否	3 その他(下記に理由をご記入願います)		

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出いたします。
 なお、今後は証を減失またはき損(破損)することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地
 事業所名称
 事業主氏名
 電話

() ⑩

平成 年 月 日 提出

受付日付印