

常務理事	事務長	担当

※保険証再交付には保険証1枚につき500円の手数料が発生します。

健康保険被保険者証 減失 再交付申請書
き損

被保険者の氏名と印	印	生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者の現住所						
再交付を受ける健康保険者証記号と番号	記号				番号	
現在勤務している事業所の	名称					
	所在地					
	資格年月日	年 月 日				
再交付者氏名						
警察署遺失届の受理番号						
再交付を申請する理由(詳しく)						

事業主の証明

被保険者は健康保険の被保険者証を減失・き損したことに相違ないことを証明します。
なお、今後は被保険者証を減失又はき損することのないよう全被保険者を対象に周知徹底をはかります。

年 月 日

事業主 住所
氏名

(印)

