

大京健康保険組合理事長 殿

健保使用欄		
常務理事	事務長	担当

健康保険被保険者証再交付申請書 (滅失・き損)

健康保険証号 記号	番号	被保険者名 氏名							
事業所名称 ※雇用元の会社名			被保険者日 生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女
所属部所 ※出向の場合は出血先			◇外線：()		-				
			◇内線：-						
被保険者所 現住所	〒		◇自宅：()		-				
			◇携帯：()		-				

再交付申請の対象となる者	被(本人) 保険者	氏名	生年月日	性別	続柄	原因	届出の種類	備考	
		上記と同じ			本人		滅失・き損	再交付・喪失	
被(扶家 養族 者)	被(一)	昭和 令和	年	月	日	男・女	滅失・き損	再交付・喪失	
		昭和 令和	年	月	日	男・女	滅失・き損	再交付・喪失	
		昭和 令和	年	月	日	男・女	滅失・き損	再交付・喪失	
		昭和 令和	年	月	日	男・女	滅失・き損	再交付・喪失	

再交付申請の理由

○ 滅失・き損 (破損) した年月日と場所 (判る範囲内)

令和 年 月 日 場所 []

○ 滅失・き損 (破損) したときの状況 (できるだけ詳しく)

上記に記載したとおり、被保険者証を滅失 (き損) しましたが、今後は十分取扱いに注意します。
なお、滅失した被保険者証を発見した場合はただちに返納いたします。

令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑩

事業主欄	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提出いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失 (き損) 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

[受付日付印]