

健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者用

被扶養者用

常務理事	事務長	担当者

被保険者の氏名	健保 太郎	男 女	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日生
家族(被扶養者)の 紛失の場合はその氏名		男 女	昭和 平成 年 月 日生
被保険者の住 所	〇〇県〇〇市△△町1-2-3		
被保険者証の記号・番号	12-345678		
被保険者の勤務先	名 称	〇〇株式会社	
	所 在 地	〇〇県〇〇市××町1	
	資格取得	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日	
汚し又は 失った理由	買い物に行き、財布がないことに気づき、近辺や自宅をさがしたが見つからなかった。財布の中に保険証も入っていたため、紛失した。		
備 考			

事業主の証明

事業主(会社)が記入(証明)して下さい。

被保険者 は、健康保険被保険者証を

失った(汚した)旨、申し出たことを証明します。

なお、今後は被保険者証を失う(汚す)ことのないように被保険者を指導します。

平成 年 月 日

住所
事業主の

氏名・印 〇〇〇〇会社



上記の通り再交付を申請します。なお、今後は汚し又は、失うことのないようによく注意するとともに、失った被保険者証を発見した時は、ただちにお返し致します。

平成 XX 年 XX 月 XX 日

ダイフク健康保険組合 殿

被保険者 氏名・印 健保 太郎



(注意事項)

1. 不要の文字は、抹消すること。
2. 汚した為の再交付申請であるときは、その被保険者証を添えること。