

健康保険 被保険者証 き損・紛失届

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	—		
	会社名		所属名称	
	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏名			令和
	勤務先 電話番号	() —	自宅電話番号	() —
	住所	(郵便番号 —) 都道 市区 府県 町村		

対 象 者	被 保 険 者	フリガナ	生 年 月 日	申請理由	発生年月日
		氏名	同上	<input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 紛失	令和 年 月 日
	被 扶 養 者 ①	フリガナ	生 年 月 日	申請理由	発生年月日
		氏名	昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 紛失	令和 年 月 日
	被 扶 養 者 ②	フリガナ	生 年 月 日	申請理由	発生年月日
		氏名	昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 紛失	令和 年 月 日
	被 扶 養 者 ③	フリガナ	生 年 月 日	申請理由	発生年月日
		氏名	昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 紛失	令和 年 月 日

警察への届出（紛失のときのみ）

受理年月日	令和 年 月 日	受理番号	NO.	届出警察署 ・ 交番
-------	----------	------	-----	---------------

※き損の場合は、「健康保険証」の添付が必要です。

被保険者 確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがいないか申請者本人が確認している。
---------------------	--------------------------	--

(提出先) 加入者 → 事業主 → 健康保険組合

決定

健 保 組 合	伺			入力	資格確認書
	常務理事	事務長	担当		

上記のとおり、被保険者から申請がありましたので提出します。

事 業 主	各長	担当

受付印