

健康保険 被保険者証 き損・紛失届 【記入例】

申請日 令和 6年12月 2日

| | | | | |
|----------------------------|-------------|--|---------------------------|-------------------|
| 被 保 険 者 情 報 | 記号・番号 | 20 - 555555 | | |
| | 会社名 | 〇〇〇〇(株) | 所属名称 〇〇部 〇〇課 | |
| | フリガナ | ケンコウ タロウ | 昭和 平成 7年 10月 15日 令和 | |
| | 氏名 | 健康 太郎 | | |
| | 勤務先 電話番号 | (000) 123-4567 | 自宅電話番号 | (000) 9876 - 5432 |
| | 住所 | (郵便番号 000-1234) 広島 都道府県 広島 市区町村 〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇マンション101 | | |

| 対 象 者 | 被 保 険 者 | フリガナ | 生年月日 | 申請理由 | 発生日 |
|-----------------------|------------------|----------|---------------------------|---|--|
| | | 氏名 | 同上 | 同上 | <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 紛失 |
| 被 扶 養 者 ① | フリガナ | ケンコウ ハナコ | 生年月日 | 申請理由 | 発生日 |
| | 氏名 | 健康 華子 | 昭和 平成 10年 2月 15日 令和 | <input checked="" type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 紛失 | 令和6年12月 2日 |
| 被 扶 養 者 ② | フリガナ | | 生年月日 | 申請理由 | 発生日 |
| | 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 checked="" 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無いか申請者本人が確認している。 |
|---------------------------------|-------------------------------------|---|

(提出先)

被保険者が必ず記入してください。
記入漏れの場合は、返却させていただきます。

決定

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。

| | | | | | |
|------------------|------|-----|----|----|-------|
| 健 保 組 合 | 同 | | | 入力 | 資格確認書 |
| | 常務理事 | 事務長 | 担当 | | |

| | | |
|-------------|----|----|
| 事 業 主 | 各長 | 担当 |
| | | |

受付印