

2023.4

社保委員等の検印

届書コード

届書

2 5 1

健康保険被保険者証 滅き 失損 再交付申請書

決裁
日付印

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係

正

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	③ 被保険者の氏名 <small>(氏)</small> <small>(名)</small>	④ 生年月日 昭和 平成 年 月 日	⑤ 資格取得年月日 昭和 平成 年 月 日
被保険者の住所 都・道 府・県			備考	

再交付申請の対象となる者	氏名	生年月日	続柄	再交付の原因	滅失・き損したときの状況
	<small>(氏)</small>	<small>(名)</small>	昭和 平成 年 月 日		滅失 き損
<small>(氏)</small>	<small>(名)</small>	昭和 平成 年 月 日		滅失 き損	
<small>(氏)</small>	<small>(名)</small>	昭和 平成 年 月 日		滅失 き損	

滅失届

うえの届書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意いたします。
なお、滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者 氏名

○ き損による再交付の場合は、き損した被保険者証を添付してください。

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、今後は健康保険被保険者証を滅失又は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	()	番

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出
代行者