

健康保険被保険者証滅失届 兼 再交付申請書

再交付が不要であっても本届出は必要です

被保険者証の記号番号 (滅失の為、不明であれば無記入可)	記号 1 1 4 1	番号 1 1 1 1 1 1	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	0 1 0 1 0 1
フリガナ	サカイ タロウ				
被保険者氏名	堺 太郎		電話番号	111-111-1111	
住所	〒 111-1111 ○○県○○市○○1-1-1				

※自署の場合は押印を省略できます。

【申請対象者記入欄】

氏名	生年月日	性別	続柄	申請理由	(滅失の場合)滅失日	再交付希望
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人				<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	令和 0 3 0 2 0 1 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
・滅失の場合 その原因、状況 ・その他の情報 保険証が入った財布を落としてしまったため						
氏名	生年月日	性別	続柄	申請理由	(滅失の場合)滅失日	再交付希望
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
・滅失の場合 その原因、状況 ・その他の情報						
氏名	生年月日	性別	続柄	申請理由	(滅失の場合)滅失日	再交付希望
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
・滅失の場合 その原因、状況 ・その他の情報						
氏名	生年月日	性別	続柄	申請理由	(滅失の場合)滅失日	再交付希望
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
・滅失の場合 その原因、状況 ・その他の情報						
氏名	生年月日	性別	続柄	申請理由	(滅失の場合)滅失日	再交付希望
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
・滅失の場合 その原因、状況 ・その他の情報						

上記のとおり被保険者証を滅失しました、今後は十分取り扱いに注意いたします。なお、この被保険者証を発見した時は、直ちに返納いたします。キャッシュカードのように使用の一時停止処置はできませんので滅失された場合、本届出の前に速やかに警察へ届け出る事をお勧めします。

事業所所在地	※再交付希望の方で現在被保険者証をお持ちの場合 被保険者証は重複して発行することができませんので、 現在お持ちの被保険者証をこの申請書に同封してご返却 いただくようお願いいたします。								
事業所名称									
事業主氏名									
電話番号									
この欄は記入不要です。									
	<table border="1"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>担当</td> <td>担当</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	常務理事	事務長	担当	担当				
常務理事	事務長	担当	担当						

サカイ引越センター健康保険組合

