

常務理事	事務長	担当

被保険者証・資格確認書 滅失・毀損 申請書
高齢受給者証 再交付

被保険者が記入するところ	被保険者証等の記号番号	記号 番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得日 年 月 日	平 令	年	月	日	
	※記号番号が不明の方は、健康保険組合にお問い合わせ下さい												
	被保険者氏名	フリガナ			被 保 険 者 住 所	〒							
	所属事業所及び部署	フリガナ				電話 ()							
		電話 (内線)											
	提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅 失 : 紛失 ・ 盗難 ・ 資格喪失時 (退職等) (喪失年月日 令和 年 月 日) 2. 毀 損											
	再交付を (該当するものに○を)	1. 希望する 2. 希望しない											
	該 当 者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分											
	該当者が被扶養者の場合記入	①	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
		②	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
③		フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日					
滅失または毀損したときのその状況	※できるだけ具体的にご記入ください												
警察への届出状況	有 ・ 無	届出先	警察署	届出日	年	月	日						

◎被保険者証等の毀損のための再交付申請であるときは、毀損した被保険者証を、この申請書に添付してください。

被保険者証・資格確認書・高齢受給者証滅失届 (滅失の場合のみ記入)

上記の申請書に記載したとおり、被保険者証・資格確認書・高齢受給者証を滅失しました。
 今後は取扱に十分注意し、被保険者証・資格確認書・高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。
 なお、滅失した資格確認書等によって保険給付等に事故が発生したときには一切の責任を負います。

年 月 日 被保険者氏名

備 考	個人番号(マイナンバー)(任意) (被保険者証等の記号番号を記入した場合は不要です)	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の2種類の書類を添付して下さい。 ①個人番号通知カード又は個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し	

事業所の証明	上記の申請について相違ないことを証明します。
	年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 電 話

年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄