

保土谷化学健康保険組合 理事長 殿

健康保険 被保険者証 滅失(紛失) 毀 損 再交付申請書

被保険者証 の記号・番号	記号	番号	フリガナ				
			被保険者の 氏 名				
備 考	※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)						
被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	再交付希望 者の氏名		続柄
被保険者の 住 所	電話番号 - -						
下記のとおり健康保険被保険者証を滅失(紛失)・毀損しましたので、再交付を お願いいたします。後日、被保険者証を発見したときは、ただちに返却いたします。 なお、滅失(紛失)した被保険者証を他人が不正に使用したこと等により、損失が 生じた場合は、私の責任においてその費用を全額負担し、貴組合には一切ご迷惑を おかけしないことを誓約いたします。							
1. 滅失または毀損年月日		令和 年 月 日					
2. 滅失または毀損の理由 (具体的に)							
3. 講じた措置	イ. 警察署への届出		有 ・ 無 令和 年 月 日 署 交番 受理番号				
	ロ. 医療機関に照会 医療機関名 直近の受診日		令和 年 月 日頃				
	ハ. その他						
上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失または毀損することのないよう充分指導いたします。 確認欄 この届出については、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ないか申請者本人が確認している。 令和 年 月 日 事業所 名 称 所在地 代表者 氏 名 電 話							
受付 印		処 理 欄		理事長	常務理事	事務長	係