

※メールでの提出不可※

常務理事	事務長	係	

記入例

健康保険 被保険者証 滅失・毀損 再交付 申請書

保険証の記号・番号	記号：1 番号：12345	資格取得日	昭和 平成 令和	30年	4月	1日
Global ID	123456	生年月日	昭和 平成 令和	45年	1月	20日
被保険者氏名	健保 太郎					
被保険者住所	〒 000-0000 東京都〇〇区△△町××-××					
勤務する（して いた）事業所	名称	〇〇〇損害保険株式会社				
	所属	〇〇支店				
提出理由 （該当するものに○を）	1. 滅失（紛失・盗難・不明） 2. 毀損 3. その他（ ）					
再交付有無 （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 健保 花子	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	45年 12月 24日
	②	続柄		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	③	続柄		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	④	続柄		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
滅失又は毀損した 事由（詳しく）	保険証を入れていた財布を紛失したため					

◎被保険者証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・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・高齢受給者証を滅失しましたので届出いたします  
今後は取扱いに十分注意いたします。  
なお、被保険者証・高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

必ず署名してください。

令和〇年 〇月 〇日

被保険者（社員）氏名 健保 太郎

令和〇年 〇月 〇日提出

上記の届出のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地	東京都〇〇区△△町×××
事業所名称	〇〇〇損害保険株式会社
事業主氏名	人事部長 ●● ●●
電話	03-1234-5678

受付印

※社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズにて  
証明しますので、ヒューマン・リソース・パートナーズ宛てに  
ご郵送ください。

社会保険労務士 の提出代行者印	
--------------------	--