

*対象者1名につき、1枚ご提出ください。
*資格確認書の交付を希望する場合は、資格確認書交付申請書も別途ご提出ください。

令和 年 月 日提出		
健保組合		
常務理事	事務長	担当者
事業所担当者の確認印		
日付印		

健康保険被保険者証紛失届（使用期間 R7.12.1まで）

被 保 険 者 情 報	被保険者 記号		被保険者 番号										
	被保険者 氏名	(フリガナ) ----- (氏)	(名) -----	被保険者 生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和		年		月		日		
	事業所名				所属	部 店・グループ 課・室							
	自宅 電話番号				職場 電話番号	(外線)	(携帯)						
	自宅住所	(〒 -)											

紛 失 ／ 再 交 付 対 象 者 情 報	対象者 氏名	(フリガナ) ----- (氏)	(名) -----	対象者の 生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和		年		月		日	続柄		
	申請 対象証	被保険者証			事由発生日	1.平成 2.令和		年		月		日		
	申請に 至った状況													

誓 約 書	紛失した被保険者証が万一不正使用された場合には、私がその一切の責任を負います。 被保険者氏名
-------------	---

<紛失に関する留意事項>
○紛失した被保険者証の利用停止や無効にすることはできません。必ず警察署へ届け出てください。
○再交付時に健康保険被保険者番号を変更することはできません。
○健康保険被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、下記「備考」欄に記入してください。
（マイナンバーを記入した場合は、マイナンバー確認及び本人確認のための書類の添付が必要となります。）

備 考		
	健保記入欄	☐ 証滅失済(R . .)

受付日付印