

*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			事業所担当者の確認印
健保組合			
常務理事	事務長	担当者	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	12	被保険者番号	345678								
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) タロウ (名) 太郎	被保険者生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	4	4	0	4	0	1	
	事業所名	大阪〇×△(株)			所属	〇	×	部	△	□	店・グループ 課・室	
	自宅電話番号	06-XXXX-XXXX			職場電話番号	(外線) 06-XXXX-XXXX	(携帯)		090-XXXX-			
	自宅住所	(〒 123 - 4567)			◇◇府〇△市◇町×-×-							

紛 失 ／ 再 交 付 対 象 者 情 報	対象者氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) ハナ (名) 花子	対象者の生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	〇	〇	×	×	△	△	続柄	妻
	申請対象証	被保険者証		事由発生日	1.平成 2.令和	□	□	◇	◇	▽	▽		
	申請に至った状況	カバンに保険証を入れたままタクシーに忘れました											

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、私が生その一切の責任を負います。
	被保険者氏名 健保太郎

<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 <input type="checkbox"/> 証滅失済(R . . .)
----	---

受付日付印