

	常務理事			担当者

健康保険被保険者証滅失届及び滅失(き損)再交付申請書

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、左上角に記載してください。

被保険者証の記号番号	(記号)	被保険者の氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 ・ 女
	(番号)								
被保険者の現住所	〒								
事業所の	名称								
	所在地								
被保険者証を滅失した年月日	令和 年 月 日								

被保険者証滅失者	被保険者との続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 ・ 女
被保険者証を滅失した場所								
被保険者証を滅失した事由								
再交付を申請する事由	滅失	き損	再交付不要					

滅失しました被保険者証は発見致しましたら、直ちに返納いたします。

被保険者氏名

⑩

マルハニチロ健康保険組合理事長殿

上記被保険者 は被保険者証を(滅失・き損)したこと、
また、上記の申請について事実に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

住 所
事 業 主
氏 名

⑩

※記入上の注意事項

- き損で再交付を申請する場合は、必ず被保険者証を添付して下さい。
- 滅失した場合は、その場所、事由を出来るだけ詳しく記入して下さい。
- 「再交付を申請する事由」は該当する項目を○で囲んで下さい。
- 滅失届のみに使用する場合は、「再交付不要」を○で囲んで下さい。