

提出経路：【申請者】⇒【事業所健保担当者】⇒【健保組合】

【再発行の必要のない方用】

ご記入いただいた個人情報は、表題の利用目的の範囲以外では使用いたしません。

決定 伺	常務理事	事務長	担当者	備考

健康保険被保険者証滅失申請書

被 保 険 者	被保険者証記号番号	記号		番号	
	被保険者氏名				
	所属				
	生年月日	昭和 平成	年	月	日
滅失対象者	(本人 / 家族)				
被保険者・被扶養者氏名	生 年 月 日	続 柄	備 考		
	昭和 平成 令和	年 月 日			
	昭和 平成 令和	年 月 日			
	昭和 平成 令和	年 月 日			
	昭和 平成 令和	年 月 日			

令和 年 月 提出

事業所所在地
事業所 名称
事業主 氏名

受付日付印 (健保で使用)
