統一書式（17.11.01更新）

申請日　平成　　年　　月　　日

健康保険被保険者証　滅失･き損届/再交付申請書

常務理事	事務長		担 当

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号		番号		個人番号 ※記号番号未記入時のみ	＊12桁
	被保険者氏名と印	㊞				生年月日	□昭和 □平成　年　月　日
	被保険者住所	〒				電話	（　　　）
	所属部署名及び電話					電話	（　　　）

申請する方の氏名	生年月日		再交付の理由に ✓	再交付を希望する場合は ✓
	□昭和 □平成	年　月　日	□滅失　□き損	□希望する　□希望しない
	□昭和 □平成	年　月　日	□滅失　□き損	□希望する　□希望しない
	□昭和 □平成	年　月　日	□滅失　□き損	□希望する　□希望しない
	□昭和 □平成	年　月　日	□滅失　□き損	□希望する　□希望しない

滅失･き損（破損）した際の状況について（わかる範囲で記入してください）

日時：平成　　年　　月　　日

場所：

状況：

■健康保険被保険者証再交付時の注意事項■

※被保険者証を滅失、盗難の場合は、第三者に悪用されることも考えられるため、警察への届出をしてください。

※滅失した被保険者証を発見した時は、速やかに返納してください。また、き損の場合は、き損した保険証を添付してください。

※再交付の申請をする場合は、被保険者の方の本人確認が必要な為、顔写真付きの身分証明書が必要です。

（免許証の写し、パスポートの写し、マイナバーカードの写しなど、いずれか一点。これらの証明書がない場合には、住民票の原本）

※2回目以降の再交付については、被保険者証1枚につき1,000円の再交付料を徴収いたします。（振込手数料は自己負担です）

※再交付後は、理由に係らず再交付料の返金は致しませんので、ご了承ください。

事業主の証明

上記の申請について相違ないことを証明いたします。なお、今後は被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。

平成　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　㊞

電話

受付日付印

提出代理者　　㊞

社員番号：

所属･店舗名

〔書類の流れ〕　店舗（本人記入･捺印）→SATO社会保険労務士法人（原本）→マルハン健康保険組合

〔店舗保管の有無〕　無し