| 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 担当者 |
|---|---|---|---|
| | | | |

日本交通健康保険組合　理事長 殿

# 健康保険被保険者証等滅失届兼再交付申請書

◎お1人につき1枚提出してください。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号・番号 | 記号 | 番号 | | 再交付の有無 | 有 ・ 無 |
| | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | 生年月日 | 年　月　日 | |
| 被保険者資格取得日 | 年　月　日 | 被扶養者が滅失したときはその被扶養者の氏名 | | | |
| 被保険者の所属事業所 | 名 称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| 証の種類 | 被保険者証 ・ 高齢受給者証 ・ その他（　　） | | | | |
| 被保険者証を滅失・毀損したときの状況（詳しく） | 〈 年月日 〉　年　月　日　〈 場所 〉<br>〈 状況内容 〉<br>〈 届出警察署 〉　〈 受理番号 〉 | | | | |

※この届書は、健康保険の被保険者証を滅失又は毀損で再交付を受ける場合、また「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することが出来ない場合に提出するものです。
※毀損の場合は保険証を添付して下さい。

（被保険者証発見時の返納誓約）

うえの届出に記載したとおり、被保険者証を滅失・毀損いたしましたが、今後は十分取扱いに注意いたします。紛失した被保険者証についての責任は一切私が負います。
なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

住 所 〒

被保険者の

氏 名　　㊞

| 事業主証明欄 | |
|---|---|
| | 所在地<br>名　称<br>事業主名　　㊞ |

年　月　日

受付印

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要で

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |