健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者用
被扶養者用

常務理事	事務長	担当者

被保険者の氏名	健保　太郎	男・女	XX年 XX月 XX日生
家族(被扶養者)の紛失の場合はその氏名		男・女	年　月　日生
被保険者の住 所	○○県○○市△△町１－２－３		
被保険者の記号・番号	11　－ 234567		
被保険者の勤務先	名　称	株式会社○○○○	
	所 在 地	○○県○○市△△町１	
	資格取得	XX 年 XX 月 XX 日	
汚し又は失った理由	買い物に行き、財布がないことに気づき、近辺や自宅をさがしたが見つからなかった。財布の中に保険証も入っていたため、紛失した。		
備　考			

事業主の証明

※事業主（会社）が記入（証明）して下さい。

被保険者　健保　太郎　は、健康保険被保険者証を

失った(汚した)旨、申し出たことを証明します。

なお、今後は被保険者証を失う(汚す)ことのないように被保険者を

指導します。

XX 年 XX 月 XX 日

事業主の
住所　○○県○○市△△町１
氏名　株式会社○○○○
○○ ○○○

事業所担当確認欄	☑ 記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。

上記の通り再交付を申請します。なお、今後は汚し又は、失うことのないように
よく注意するとともに、失った被保険者証を発見した時は、ただちにお返し致します。

XX 年 XX 月 XX 日

ダイフク健康保険組合　殿

被保険者 氏名　健保　太郎

本人確認欄（ご本人確認のため☑チェック願います。）
☑ 申請者本人(被保険者)が作成したものである。

(注意事項)

1. 不要の文字は、抹消すること。

2. 汚した為の再交付申請であるときは、その被保険者証を添えること。