健康保険　被保険者証滅失届 兼 再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

被保険者記入欄

届出年月日	年　月　日
届出種別	滅失届および再交付申請　滅失届のみ　※「滅失届のみ」は、再交付の必要はなく滅失の届出のみをする場合です。（退職時に証の返却が不可能なときや、証の一斉更新時などの新しい証が自動的に発行される(た)ときに旧証の返却ができない場合が該当します。）
再交付申請理由	き損　印字消え　滅失　※滅失はその事由→　盗難　紛失　焼失　その他（　）

↓　氏名欄への押印は、氏名変更後の印鑑を押してください。　↓

被保険者情報

被保険者証の記号及び番号	記号	番号（従業員番号）	
（フリガナ）氏　名	（氏）	（名）　㊞	
生年月日	年　月　日	住　所	〒　都道府県
事業所名　称			
所　属部署名			
連絡先（内線可）			

↓　被保険者証をき損・滅失した方、再交付を受けようとする方について記入してください。　↓

き損・滅失した者の情報

届出対象者の氏名等	氏　名（氏）（名）	続　柄	生年月日　年　月　日

滅失の場合の状況	滅　失年月日	年　月　日	滅失したときの状況を詳しく記入してください。
	滅失場所		
	警察署等への届出	届出の有無：　なし　あり　※「あり」は以下を記入	
		届出日　年　月　日	
		届出先	

誓約・承諾

＊ 証の再交付後は、いかなる場合であっても再交付手数料は返金されないことについて承諾します。
＊ 証のき損、滅失により生じた損害については、当方にて一切の責任を負います。
＊（滅失の場合）再交付後に証を発見したときは、速やかに返納いたします。

被保険者氏名　㊞

上のとおり、被保険者から健康保険被保険者証のき損・滅失および再交付に関する届出がありましたので提出いたします。なお、今後は被保険者証の取り扱いおよび管理について留意するよう指導いたします。

事業所　所在地 名　称	
事業主　氏　名	㊞

事業主提出日

年　月　日

受付日付印

※ き損および印字消えの場合は、その被保険者証を必ず添付してください。
※ 盗難や屋外で滅失したとき等、被保険者証が第三者の手に渡ると悪用される可能性がありますので、被害防止のためにも警察署等へ届出るなどの処置をとってください。
※ 届出書は、人材開発部（FGからの出向者を除くFGFS、FGIS所属の方は各管理部門）へ提出してください。

～再交付手数料として、1枚につき1,000円をご負担いただきます～

◇ 在職中の方は、後日、給与より引去りいたします。
◇ 任意継続被保険者は、原則として指定の銀行口座へお振込み（振込手数料は申請者負担）いただきます。詳しくはお問い合わせください。
◇ 再交付後に滅失した証が見つかった場合等でも、手数料はお返しいたしません。

（健保メモ欄）

被保険者証の記号と番号を記入したときは、右欄は記入不要です。証の記号・番号に代わり個人番号（マイナンバー）で届出を行なうときに限り記入してください。ただし、被保険者の個人番号であることを特定する書類の添付が必要です。