

健 保 使 用 欄			
承 認	審 査	審 査	係

健康保険被保険者証 滅失 棄損 無余白 再交付申請書

小島健康保険組合 理事長殿

記入日:令和 年 月 日

健康保険証の 記号と番号	—	被保険者の 氏名	
被保険者の 現住所			
勤務先			
再交付該当者	1. 本人 2. 家族 (該当家族氏名: 続柄:)		
被保険者証を 滅失、棄損した 理由			
※滅失した場合は 記入して下さい。	記載のとおり、被保険者証を滅失致しましたが、今後は十分取扱に注意致します。 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納致します。 被保険者の氏名		
滅失した場合は 必ず警察に届出 して下さい	盗難・紛失年月日	被害届受付番号	被害届出所轄警察署
	年 月 日		警察署
			被害届年月日 年 月 日

- この届出については、下記の①又は②の要件を満たしたものである。
①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

[用紙の流れ] 被保険者(代理も可)⇒ 事業所総務(人事)⇒ 小島健保

■上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので、届出致します。
事業所所在地
事業所名
事業主氏名

健保受付印

[2023.5 改]