

記入見本

該当する方を○で囲んでください

健康保険

被保険者証  
被扶養者

減失  
再交付

申請書

健保組合使用欄

滅失し、再交付する場合は両方に○、滅失のみor再交付(き損等で保険証の差し替えをする場合など)のみの場合は該当する方を○で囲んでください

被保険者情報			
健康保険証記号	番号	被保険者氏名	生年月日
5001	0001	健保 太郎	昭和 平成 令和 1年 12月 1日
住所			備考
〒230-8571 神奈川県横浜市鶴見区鶴見中央4-33-1			
被保険者の個人番号(マイナンバー) ※健康保険証記号番号を記入した場合は記入不要です			
			マイナンバーを記入した場合は必ず本人確認書類を添付してください

再交付申請の対象となる方			
チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	再交付の理由
<input type="checkbox"/>	被保険者(本人分)		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )
被扶養者の保険証が必要な場合は右欄に記入してください	健保 康子	昭和 平成 令和 29年 1月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )
		昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )
		昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )

※この届出には必ず顛末書を添付してください。

事業主所在地  
事業所名称  
事業主氏名  
電 話

記入不要

「顛末書」について

■記入内容

- 1、いつ・どこで失くした・き損したのか
- 2、警察への届出の有無(滅失の場合のみ)
- 3、今後の対策
- 4、被保険者の署名

■顛末書の宛名

ナイスグループ健康保険組合  
理事長 殿