

様式番号
適 9

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

課長	課長代理	扱	確認欄

【注意】

1 滅失したため再交付を受ける場合は当該被保険者証を添付してください。
 2 盗難等にあった場合は警察に届出すること。
 3 減失した事由を具体的に詳しく記入すること。

事業所記号		フリガナ		生年	年	月	日
被保険者番号		被保険者の氏名		月日			
事業所	名称			被保険者の資格 を取得した年月日	年	月	日
	所在地			被保険者証を 滅失した場所			

再交付対象者欄 (該当記号「ア」「イ」に○印)	ア	被保険者(本人)分				再交付の原因	※健保組合使用欄
	イ	被扶養者(家族)分					
※下記に被保険者証を再交付する被扶養者について記入してください。							
被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		性別	再交付の原因	※健保組合使用欄	
		年	月	日	男女		
被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		性別	再交付の原因	※健保組合使用欄	
		年	月	日	男女		
	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		性別	再交付の原因	※健保組合使用欄	
		年	月	日	男女		

再交付の理由	
--------	--

上記のとおり 滅失 再交付を申請します。 令和 年 月 日
 減失 北海道農業団体健康保険組合理事長 殿
 き損

今後被保険者証の保管には充分注意し、旧被保険者証発見の際は直ちに返納します。

証明欄	この届け出は、下記①又は②の要件を満たしていることを証明します。	被保険者の住所 氏名	印
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。		
※証明欄にチェックがある場合、被保険者の捺印を省略することができます。			

滅失 き損	減失に関する事業主証明	上記事由のとおり届け出があったが調査の結果相違ないことを証明します。	事業主の住所・氏名
----------	-------------	------------------------------------	-----------