

再交付が必要な場合は「健康保険被保険者証(毀損・滅失)再交付申請書」を提出ください

## 記入例

## 健康保険被保険者証紛失届

フリガナ	ケンポ タロウ	性別	男	生年 月日	昭和 平成	54年12月26日
被保険者 氏名	健保 太郎	所属	コマツ ○○ 工場			
TEL	○○-○○○-○○○					
現住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○-○					
紛失した被保険者証の記号・番号	記号 11		番号 1234567			
紛失した被保険者証に記載されている氏名・続柄	氏名 健保 太郎		続柄 本人			
毀損・滅失の理由 (日時・場所等 具体的に)	令和5年5月10日午後3時ころ 引越し時に屋外にて紛失					
警察署への届出	有・無	届出年月日	届出受理番号	届出先	派出所 交番 警察署	
	有	令和 5 年 5 月 10 日	第 12345	赤坂		

(注) 1. 紛失の場合には下記に署名して下さい。また、万が一に備え警察署へも届出て下さい。

## 紛失被保険者証に関する誓約書

標記滅失事由の通り被保険者証を滅失いたしました。その被保険者証により不正受診等の事実がありましたときは、全ての責任をとり補償することを誓約いたします。また、今後このようなことがないように十分注意いたします。なお、滅失した被保険者証を発見した場合は直ちに返納いたします。

令和 5 年 5 月 10 日

被保険者氏名 健保 太郎

事業主所在地  
事業名称  
事業主氏名  
(事業所担当者名 \_\_\_\_\_)

小松製作所健康保険組合 殿

受付印付印