

前回交付年月日	年 月 日
旧被保険者証添付	有 無

受付	年 月 日
決定	年 月 日

## 健康保険被保険者証 紛失/滅失・再交付 届

平成 年 月 日提出  
 阪和興業健康保険組合理事長殿

交付決議書		
常務理事	事務長	担当者

被保険者 記号番号	記号	番号	事業所の名称		
被保険者 氏名	Ⓜ		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
被保険者 住所	〒				
再交付を 申請する 該当者		続柄	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
紛失日		警察署 届出日		届出をした 警察署名	
紛失理由 (具体的に)					

上記の通り、紛失・滅失したのでお届けします。  
 なお、紛失した保険者証を発見した場合は直ちに返還するとともに、今後は紛失・滅失しないよう大切に管理します。

注) 紛失された健康保険被保険者証はクレジットカードのように記号・番号を停止・変更することはできません。必ず警察署に届出してください。

上記の通り、健康保険被保険者証を紛失・滅失したことを証明します。 なお、今後は紛失・滅失しないよう十分指導します。  年 月 日  事業所所在地  事業所名  代表者氏名  Ⓜ
---

健康保険組合 受付印
---------------