**健康保険被保険者証　紛失届**

**法令改正により被保険者証（カード）の発行が廃止されましたため、再発行は致しかねます。**

**今後はマイナ保険証（※）のご利用をお願いいたします。**

**なお、マイナンバーカードを未所持等のご事情によりマイナ保険証をご利用できない方につきましては、別途「資格確認書交付依頼書」をご提出ください。（資格確認書の交付を受けた場合、発見した被保険者証は事業所を通じて健保組合へご返却くださいますようお願いいたします。）**

**（※）マイナポータル又は医療機関窓口を通じてお手持ちのマイナンバーカードに保険証としての機能をご登録いただくことにより、同カードをそのまま保険証としてお使いいただくことができます。**

**阪和興業健康保険組合理事長殿**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  |

下記のとおり健康保険被保険者証を紛失したためお届けいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出日 | 令和　　年　　月　　日 |  |
| 被保険者等記号・番号 | 記号＝　番号＝　 | 事業書名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 被保険者氏名 | （フリガナ）　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 昭和平成　　　年　　　月　　　日令和 |
| 　　　 |
| 被保険者住所 | （〒　　　－　　　　　） | TEL |  - -  |
|   |
| 証の紛失者の氏名（被保険者本人の場合は省略可） | 　　　　　　　　　　　　 | 続柄 | 生年月日 | 昭和平成　　 　年　　　月　　　日令和 |
| 　　　 |
| 紛失日 | 令和　　年　　　月　　　日 | 警察署への届出日：令和　　年　　月　　日 |
| 届出した警察署名：　　　　　　　　　　　　　 |
| 紛失理由（具体的に） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業主記入欄 | 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。令和 　　年　　　月　　　日事業所所在地：　　　　　　　　　事業所名称：　　　　　　　　　代表者氏名：　　　　　　　　　　印 | 健康保険組合受付印 |