

任意継続被保険者用

部長	課長	係長	係

健康保険任意継続 被保険者証 滅失 再交付申請書

被保険者証の記号・番号		資格取得年月日	
記号 5001	番号	平成・令和	年 月 日
氏名		生年月日	
フリガナ		昭和 ・ 平成	年 月 日

被保険者証を滅失した方 ※□にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	生年月日	続柄	
		昭 平 令	年 月 日	
		昭 平 令	年 月 日	
		昭 平 令	年 月 日	
被保険者証 滅失の事由(詳細)				
再交付は必要ですか ※□にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要(資格喪失済)			
備考				

上記の通り被保険者証を滅失いたしました。この被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。なお、万一これにより事故が発生した場合には責任をもつて解決いたします。

令和 年 月 日

受付年月日

被保険者住所 :

被保険者氏名 :

被保険者電話 : ()

(4.4)