

常務理事	事務長	次長	担当者

健康保険被保険者証 滅失・き損 届(再交付申請書)

※下の太線内の各欄にご記入下さい

日本レストランエンタプライズ健康保険組合 理事長殿

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	申請年月日		令和 1 年 5 月 15 日
	1	12345			
被保険者	氏名	健保 太郎	事業所	名称	※被保険者証に記入されている事業所名称を記入して下さい
	生年月日	昭和・平成 60 年 10 月 1 日		所在地	※上記の事業所の所在地を記入して下さい
	住所	東京都台東区東上野2-19-6 上野マンション501号室			
滅失者名 (被保険者証の再交付を受ける者)	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻	
	生年月日	昭和・平成・令和 63 年 8 月 20 日	性別	男・女	
滅失年月日	令和 1 年 5 月 12 日	滅失場所	〇〇デパートの女性用洗面所内		
滅失・毀損の理由	平成30年4月20日、銀座に買物に出掛け〇〇デパートの女性用洗面所に立ち寄った際、うっかりトイレの個室に保険証を入れたバッグごと忘れてしまった。デパートの1階まで下りてきた時にバッグのないことに気づき、慌ててトイレに引き返したが、バッグは見つからなかった。				
警察への届出	警察署名	銀座警察署	紛失届の受理番号	803473	
上記の通り、健康保険被保険者証を 滅失・毀損 いたしましたので、届出いたします。 また、合わせて 再交付申請 をいたします。 なお、今後は被保険者証の保管については充分注意いたしますと共に、旧保険証を発見した時には直ちに返納いたします。					

★提出経路 申請者 → 事業主(保険担当者) → 健康保険組合

※上記申請について、相違ないことを証明いたします	
事業所所在地	事業所記入・押印欄
事業所名称	
事業主氏名	
	印

受付日付