決裁（決定/発行/交付）			
常務理事	事務長	課長	係

健康保険被保険者証　再交付申請書 滅失・き損等届

被保険者証の記号番号	記　号	11	フリガナ	コウガク　イチロウ
	番　号	99999	被保険者氏　名	光学　一郎　印

勤務先事業所名	モノリス	生年月日	年　月　日 昭和43年9月12日	社員番号	999999

被保険者の住所	住所　東京　都道府県　渋谷区幡ヶ谷12345
	オリンパスマンション555　TEL　12－3456－7890

再交付申請の対象となる者	氏　名	生　年　月　日	続柄	原因	届書の種類	備考
被保険者欄	光学　一郎	上　記　に　同　じ	本人	☑滅失 ☐き損	☑再交付 ☐喪失	
被扶養者欄	光学　花子	昭和43年8月8日	妻	☑滅失 ☐き損	☑再交付 ☐喪失	
	光学　賢一	平成8年4月4日	長男	☑滅失 ☐き損	☑再交付 ☐喪失	
	光学　葉子	平成11年11月11日	長女	☑滅失 ☐き損	☑再交付 ☐喪失	
				☐滅失 ☐き損	☐再交付 ☐喪失	

再交付申請の理由（1か2に✔印）

☑1　滅失のため（滅失・盗難の場合、第三者に悪用されることも考えられますので、警察へ連絡・届出をお勧めします）

☐2　き損（破損）または住所などの記載余白がなくなった

滅失・き損（破損）した年月日と場所（判る範囲で）

令和　4年　3月　31日　　場所　新宿駅西口タクシー乗り場

滅失・き損（破損）に至った状況（できるだけ詳細に）

病院から帰りにタクシーに乗るとき落としたと思われる。

被保険者証を滅失・き損（破損）致しましたが今後は十分に注意します。
（滅失した被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。）

上記のとおり再交付を申請いたします。　令和4年4月1日

オリンパス健康保険組合理事長 殿

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付の申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。

令和　　年　　月　　日

事業所
所　在　地
名　　称
事 業 主 名
電　　話

確認欄	以下を確認した場合は被保険者本人の捺印が省略できます。
☐	この届出については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

注意
滅失による再発行は有料です。
☐はクリックするとチェック”レ”が入ります。
き損または住所などの記載余白がなくなったときは、その被保険者証を添付してください。
備考欄には続柄の「その他」他必要なメッセージをご記入ください。尚、被保険者証の記号番号に代えて
個人番号により申請する場合（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）にも、備考欄に記載してください。
個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス（☐）」にチェックを入れてください。
☐本申請書の提出について、事業主に委任いたします。（委任する場合　☑）

受付日付印

オリンパス健康保険組合

R5.5