

被保険者証・資格確認書 滅失・破損 申請書  
高齢受給者証 再交付

|                                                          |                                      |                                                                 |      |          |                |                |   |               |             |   |   |   |  |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------|----------|----------------|----------------|---|---------------|-------------|---|---|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者等の<br>記号番号                       | 記号                                                              | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年              | 月              | 日 | 資格取得<br>年 月 日 | 平<br>・<br>令 | 年 | 月 | 日 |  |
|                                                          |                                      | 番号                                                              |      |          |                |                |   |               |             |   |   |   |  |
|                                                          | 被保険者<br>氏名                           | フリガナ                                                            |      |          | 被保険者<br>住 所    | 〒              |   |               |             |   |   |   |  |
|                                                          |                                      |                                                                 |      |          |                |                |   |               |             |   |   |   |  |
|                                                          | 所属会社名<br>部署名                         |                                                                 |      |          | 電話 ( )         |                |   |               |             |   |   |   |  |
|                                                          | 提出理由<br>(該当するものに○を)                  | 1. 滅 失 ( 紛失 ・ 盗難 ・ 不明 )      2. 破 損 ( 印字のかすれを含む )<br>3. その他 ( ) |      |          |                |                |   |               |             |   |   |   |  |
|                                                          | 再交付を<br>(該当するものに○を)                  | 1. 希望する      2. 希望しない                                           |      |          |                |                |   |               |             |   |   |   |  |
|                                                          | 該 当 者<br>(該当するものに○を)                 | 1. 被保険者分      2. 被扶養者分                                          |      |          |                |                |   |               |             |   |   |   |  |
|                                                          | 該当者が被扶養者<br>の場合記入                    | ①                                                               | フリガナ | 続柄       | 生年月日           | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月             | 日           |   |   |   |  |
|                                                          |                                      |                                                                 |      |          |                |                |   |               |             |   |   |   |  |
| ②                                                        |                                      | フリガナ                                                            | 続柄   | 生年月日     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年              | 月 | 日             |             |   |   |   |  |
|                                                          |                                      |                                                                 |      |          |                |                |   |               |             |   |   |   |  |
| ③                                                        |                                      | フリガナ                                                            | 続柄   | 生年月日     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年              | 月 | 日             |             |   |   |   |  |
|                                                          |                                      |                                                                 |      |          |                |                |   |               |             |   |   |   |  |
| 滅失の場合はその場所                                               | 1. 自 宅      2. 自 宅 以 外 ( ) →警察への届出必須 |                                                                 |      |          |                |                |   |               |             |   |   |   |  |
| 警察への届出状況                                                 | 有 ・ 無                                | 届出先                                                             | 警察署  | 届出日      | 令和             | 年              | 月 | 日             | No          |   |   |   |  |
| 滅失又は破損した<br>ときのその状況                                      | ※できるだけ具体的にご記入ください                    |                                                                 |      |          |                |                |   |               |             |   |   |   |  |

◎被保険者証・資格確認書の破損のための再交付申請であるときは、破損した被保険者証・資格確認書を、この申請書に添付してください。

|                                                                                                                                           |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 被保険者証・資格確認書・高齢受給者証滅失届（滅失の場合のみ記入）                                                                                                          |              |
| 上記の申請書に記載したとおり、被保険者証・資格確認書・高齢受給者証を滅失しました。今後は取扱いに十分注意します。なお、被保険者証・資格確認書・高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。滅失した資格確認書等によって保険給付等に事故が発生した場合は一切の責任を負います。 |              |
| 令和                                                                                                                                        | 年 月 日 被保険者氏名 |

令和 年 月 日提出

受付日付印

|                         |
|-------------------------|
| 上記の記入内容に誤りのないことを確認しました。 |
| 事業所所在地                  |
| 事業所名称                   |
| 事業主氏名                   |
| 電 話                     |
| 社会保険労務士の提出代行            |
|                         |

**\* 事業所責任者確認欄(記号37の事業所)**

住所

氏名