

常務理事	事務長			担当

健康保険 被保険者証 高齡受給者証 滅失・き損 再交付申請書

社員番号

被 保 険 者 が 記 入 す る と ころ	被保険者証の記号番号	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日	昭和 平成	年 <input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/>	資格取得年月日	令和	年 <input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/>	
	被保険者氏名	フリガナ <input type="text"/>			被保険者住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>								
	提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅失 (紛失・盗難・不明) 2. き損 3. その他 ()												
	再交付を (該当するものに○を)	1. 希望する 2. 希望しない												
	該当者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分												
	該当者が被扶養者の場合記入	①	フリガナ <input type="text"/>		続柄		生年月日	昭和 平成	年 <input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/>			
		②	フリガナ <input type="text"/>		続柄		生年月日	昭和 平成	年 <input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/>			
		③	フリガナ <input type="text"/>		続柄		生年月日	昭和 平成	年 <input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/>			
	滅失又は毀損したときのその状況	※できるだけ具体的に記入ください <input type="text"/>												
	警察への届出状況	有・無	届出先		警察署	届出日	令和	年 <input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/>				

◎健康保険被保険者証のき損のための再交付申請であるときは、き損した被保険者証を、この申請書に添付してください。

健康保険被保険者証・高齡受給者証滅失届 (滅失の場合のみ記入)
うへの申請書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は、取り扱いに十分注意いたします。また、滅失した健康保険被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。
令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 被保険者氏名 <input type="text"/>

事業所の証明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。
	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	事業所所在地 〒 <input type="text"/>
	事業所名称 <input type="text"/>
	事業主氏名 <input type="text"/>
電話 <input type="text"/>	

令和 年 月 日提出
受付日付印