

健康保険被保険者証等 滅失 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係

① 健康保険被保険者証 記号	番号	② 被保険者の氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 昭・平・令 年 月 日	④ 資格取得年月日 昭・平・令 年 月 日
-------------------	----	----------------------	-----------------------	--------------------------

⑤ 被保険者の現在所
〒 —

TEL () —

再交付申請の対象となる方	被保険者	⑥ 氏名		⑦ 生年月日		⑧ 区分	被保険者証	高齢受給者証	限度額適用認定証	特定疾病療養受領証	⑨ 申請の事由(滅失の場合のみ)
		(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	滅失・き損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						上記に同じ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	被扶養者	(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	滅失・き損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	滅失・き損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	滅失・き損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	滅失・き損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

⑩ 上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証等の再交付申請がありましたので提出いたします。

事業所所在地 〒 —

事業所名称

事業主氏名

電話番号 () —

⑪ 滅失した被保険者証等に対する誓約

⑨欄に記載した事由により、健康保険被保険者証等を滅失しましたが、この被保険者証等により生じた事故については一切の責任を負うこと、また被保険者証等を発見したときは、ただちに返納することを誓約します。

被保険者氏名

年 月 日 提出

受付日付印

【注意事項】

1. 申請事由がき損である場合・・・被保険者証等を添付してください。
2. 滅失による申請である場合・・・⑨欄にその理由を詳しく書き、⑪欄に記名してください。