

健康保険

被保険者証
高年齢受給者証 滅失(き損)届
限度額適用認定証 再交付申請書
特定疾病療養受療証

常務理事	業務局長	部長	課長	係長	係

◎ 標題の文字、再交付の要否は、それぞれ該当する項目にチェック又は○を記してください。
 ◎ 再交付申請の理由が、き損(破損)の場合は、その証カードを添付してください。

被保険者証		被保険者の氏名と印		申請の理由 (該当項目に○)	1 滅失・き損(破損)のため
記号	番号	⑩			滅失・き損(破損)した年月日と場所(わかる範囲で) 場所 []
					平成 年 月 日
被保険者の住所					その状況 []
〒 ー TEL ()				被保険者証を滅失・き損(破損)いたしました。今後は十分注意いたします。 なお、 <u>滅失した被保険者証を発見した時は、直ちに返納いたします。</u> 平成 年 月 日	
申請対象となる方(該当項目に○)	1	被保険者(本人が保持している証カード)	要・否	申請の理由(該当項目に○)	2 滅失(盗難による)のため
	2	被扶養者(家族が保持している証カード)	再交付の要否		※ 悪用されるケースも想定されますので、警察への連絡・届出をおすすめします。
		氏名	生年月日		被害にあった年月日と場所 []
			昭・平 年 月 日		平成 年 月 日
			昭・平 年 月 日		その状況 []
			昭・平 年 月 日		
	昭・平 年 月 日	要・否	3 その他(下記に理由をご記入願います。)		
		昭・平 年 月 日	要・否		

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出します。
 なお、今後は証を滅失またはき損(破損)することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	⑩
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

()

平成 年 月 日 提出

受付日付印