

(該当する□標題にレ印をしてください)

健康保険 被保険者証 限度額適用認定証 高年齢受給者証 特定疾病療養受療証

滅失・き損届 再交付申請書

常務理事	業務部長	課長	係長	係

◎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	
(記号)	(番号)	(印)	
被保険者の住所			
〒 — TEL ()			
申請対象となる方	氏名	生年月日	再交付の要否
		昭平 年 月 日	要・否
		昭平 年 月 日	要・否
		昭平 年 月 日	要・否
		昭平 年 月 日	要・否

申請の理由(該当する番号に○)

<p>1 滅失・き損(破損)のため</p> <p>滅失・き損(破損)した年月日と場所(わかる範囲で)</p> <p>(平成 年 月 日 場所)</p> <p>その状況</p> <p>()</p> <p>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、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。</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 (印)</p>
<p>2 盗難による滅失のため ※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。</p> <p>被害にあった年月日と場所</p> <p>(平成 年 月 日 場所)</p> <p>その状況</p> <p>()</p>
<p>3 その他(下記に理由をご記入願います。)</p>

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	
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電 話	()

平成 年 月 日 提出

受付日付印

《窓口にて被保険者証等の受取りを希望される方へ》

- ・任意継続被保険者の方は、顔写真のある公的証明書(運転免許証やパスポートなど)をご提示ください。
- ・事業所の方は、社員証と顔写真のある公的証明書(運転免許証やパスポートなど)をご提示ください。