

各種医療証 再交付/滅失 届

常務理事	事務長	担当者	担当者

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者名	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	住所	〒 -			
Mail:					

再 交 付 届	該当者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	再交付する 証の種類 (該当する ものに☑)	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証(紙) <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証(紙) <input type="checkbox"/> 健康保険高齢受給者証(紙) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証(紙)					
	再交付の理由 (該当する ものに☑)	<input type="checkbox"/> 滅失のため(紛失・遺失・盗難)・・・以下の滅失届にもご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被災のため・・・市区町村から発行される罹(被)災証明書を添付してください。 <input type="checkbox"/> 破損のため・・・破損した医療証を添付してください。 破損の理由: ()					
	送付先住所 <small>※被保険者住所と異なる送付先を希望する場合に記入</small>	〒 - 宛名:					

上記のとおり再交付について申請します。

年 月 日

◆本申請書は、Eメール(kenpo-shinsei@scsk.jp)にてお送りください。

滅 失 届	該当者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	証を滅失した 時の状況						

備考欄	
-----	--

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--