

健康保険

被保険者証
高齢受給者証
限度額適用認定証

再交付申請書

健 保 組 合			事業所担当者の確認印 日付印
常務理事	グループ長	担当者	

健康保険被保険者証									
記 号			番 号（右づめで記入）						
9	9	9	0						

平成	年	月	日	提出
----	---	---	---	----

被 保 険 者 の 氏 名	
(氏)	(名)

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

事業所名			電話 番 号	自 宅	
所 属 (または出向先)	記入不要			職場(内線)	記入不要
被保険者住所	〒			職場(外線)	

証の種類	再交付申請対象者の氏名	生 年 月 日	性別	続柄	申請理由	事由発生 年月日	証番号	健 保 記 入 欄
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭 年 月 日	男 女		減 失 損 き	平成 年 月 日	*	*
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭 年 月 日	男 女		減 失 損 き	平成 年 月 日	*	*
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭 年 月 日	男 女		減 失 損 き	平成 年 月 日	*	*
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭 年 月 日	男 女		減 失 損 き	平成 年 月 日	*	*
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭 年 月 日	男 女		減 失 損 き	平成 年 月 日	*	*

* 欄は健保記入欄です。

誓約書	今後、新たに交付された証の保管については充分注意いたします。 また、返納すべき証が見つかったときは、ただちに返納いたします。 私の不始末により万一貴組合に対し、損害を及ぼすことがあった場合は、いかなる処分を受けても異議なきことを誓約致します。
	被保険者氏名

受付日付印

【添付書類】 滅失の場合……警察署への遺失届(盗難届)のコピー(※健康保険証を紛失した場合のみ)
(コピーをもらえない場合は、下の余白に【届出日・警察署名・受理番号】を記入のこと)

健康保険被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記「備考」欄に記入してください。
(マイナンバーを記入した場合は、マイナンバー確認ならびに本人確認のための書類添付が必要となります。)

備考	
----	--