

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		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印

日付印

健康保険被保険者証

記号	番号(右づめで記入)
1 2 3 4	5 6 7 8

平成 〇 年 △ 月 ◇ 日提出

被保険者の氏名

(氏) ケンポ	(名) タロウ
健保	太郎

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

事業所名	新日鐵住金〇×△(株)			電話 番号	自 宅	×××-××××-××××
所 属 (または出向先)	〇 ×	部	△ □		職場(内線)	×××-××××
被保険者住所	〒 123-4567 ◇◇県〇△市◇町×-×-×					

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) ケンポ イチコ 健保 一子	昭 〇 年 月 日 平 〇 × × △ 〇 ×	男 女	妻	減 失 損 申請に至った状況: カバンに保険証を入れた まま電車内に忘れました	平成 〇 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) ケンポ カズエ 健保 一恵	昭 〇 年 月 日 平 〇 × × △ 〇 ×	男 女	長女	減 失 損 申請に至った状況: 同上	平成 〇 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 平	男 女		減 失 損 申請に至った状況:	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 平	男 女		減 失 損 申請に至った状況:	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 平	男 女		減 失 損 申請に至った状況:	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 健保 太郎

受 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