

常務理事	事務長	業務課長	担当者

健康保険被保険者証 滅失・き損 再交付申請書

- ※太枠内を記入のうえ、在職中の方は事業主経由でご提出ください（添付書類は不要ですが、下段の事業主の証明が必要です）。
- ※退職後に加入されている任意継続被保険者・特例退職被保険者の方は、被保険者（本人）の写真付公的証明書の写し、または住民票原本（交付日から3ヶ月以内）を添付のうえ、直接当組合へご提出ください（下段の事業主の証明は不要です）。
- ※き損の場合はき損した被保険者証を添付して提出ください。
- ※被保険者証の記号・番号は、不明である場合は記入不要です。
- ※被保険者証と一緒に医療機関へ提示する高齢受給者証（70歳以上）の再交付を希望する場合は、「高齢受給者証（70歳以上）滅失・き損再交付申請書」をご提出ください。

被保険者証の 記号・番号	記号 番号		被保険者 氏名	
被保険者住所	〒			
被保険者の生年月日			再交付希望対象者	
昭・平 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）→該当者を下記に記入	
再交付対象被扶養者の 氏名・生年月日・続柄	該当被扶養者氏名		生年月日	続柄
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
申請事由	再交付申請事由	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損		
	申請事由（紛失時期、場所、状況、事情等、詳細をわかりやすく記載してください）			

(20230401 改訂)

事業主の証明

上記被保険者は健康保険被保険者証を滅失・き損したことに相違ないこと、記載内容に相違ないことを証明します。
なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないように、全被保険者を対象に周知徹底をはかります。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

受付日付印