|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | 被保険者氏名 |  | |
| 番号 | |  | | |
| 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 | | | | | | | □ 被保険者（本人）  □ 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 |  |
|  | | | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 |  |
| 申請事由 | 再交付申請事由 | | | | | □ 滅失　　□ 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