常務理事	事務長	担当

- 被保険者証   滅失
高齢受給者証   毀損
資格確認書   再交付

申請書

※該当項目□にチェック

										年 月 日 提出		
被保険者が記入するところ	被保険者の記号番号	記号 番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日	資格取得年月日	平成・令和	年	月	日
	社員番号			被保険者住所	〒							
	被保険者氏名	フリガナ										
	所属事業所及び部署				電話 ( )							
	該当者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分		2. 被扶養者分								
該当者が被扶養者の場合記入	①	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
	②	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
	③	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
滅失または毀損したときのその状況	※できるだけ具体的にご記入ください											
警察への届出状況	有・無	届出先	警察署	届出日	年	月	日					
上記の申請書に記載したとおり、証(書)を滅失しました。 今後は取扱に十分注意し、これらを発見したときは、ただちに返納します。 なお、滅失した証(書)によって保険給付等に事故が発生したときには一切の責任を負います。 年 月 日 被保険者氏名												

◎毀損のための再交付申請であるときは、毀損した証(書)を、この申請書に添付してください。

◎任意継続被保険者の方は身分証明書(免許証、パスポート、その他官公庁発行の写真付証明書)の写しを申請書に添付し、健康保険組合に直接郵送してください。

事業所の証明	上記の申請について相違ないことを証明します。											
	年 月 日											
	事業所所在地											
	事業所名称											
	事業主氏名											
電話 ( )												

受付日付印