

常務理事	事務長	担当

- 被保険者証
高齢受給者証
資格確認書
- 滅失
毀損
再交付

申請書

※該当項目□にチェック

										2024年 12月 2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 1	番号 1234	生年月日	昭和 平成	年 47	月 10	日 12	資格取得年月日	平成 令和	年 25	月 04	日 01
	社員番号	123456				〒212-8589							
	フリガナ	ケンポ タロウ				神奈川県川崎市幸区堀川町580番地							
	被保険者氏名	健保 太郎											
	所属事業所及び部署	デル株式会社 ○○○○				電話 044 (856) 1108							
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	ケンポ ハナコ		続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	年 48	月 03	日 20		
	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 スーパーで買い物中、カートの財布を入れたバッグを掛けていたら、目を離した隙に紛失していた。その時、財布に入っていた健康保険証も一緒に紛失した。												
警察への届出状況	有	無	届出先	代々木		警察署	届出日	2024年 12月 2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、これらが発見したときは、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。													
2024年 12月 2日 被保険者氏名 健保 太郎													

◎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	()
事業主の証明欄	

受付日付印