

**健康保険被保険者証
高齢受給者証・限度額認定証
(滅失・き損・無余白)再交付申請書**

常務理事	事務長	担当者

* (き損・無余白の場合は必ず被保険者証を添付してください)

被 保 険 者 証 再 交 付 申 請 欄	被保険者証の	記号	番号	被保険者氏名	フリガナ	男 女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	社員 番号		事業所名称 所 属	
	再交付申請事由の発生日			令和 年 月 日		
	再交付の原因	* 該当する文字を○で囲んでください。 滅失 き損 無余白 盗難 その他()				
	滅失にあった場合は、悪用される危険性がありますので、 まず最寄りの警察に滅失・盗難届を出してください。 それが紛失・盗難の法的な証明となります。					届出警察署名及び滅失・盗難届受理番号 警察署 受理番号
	被保険者証を 滅失・き損した ときの状況	滅失・盗難した場所や、き損した理由などをできるだけ詳しくご記入ください。				
	再交付する被保険者証の種類 (該当の証を○で囲んでください 家族証の場合は、滅失した方の 氏名をご記入ください。)	本証	家族証	高齢受給者証	限度額認定証	
		被扶養者氏名	被扶養者氏名	被扶養者氏名	被扶養者氏名	
	* 滅失・き損した場合は、下記もご記入ください。					
	上記のとおり再交付を申請します。 なお、今後は滅失・き損することのないように注意するとともに、失った被保険者証を 発見したときは、ただちにお返します。 また、滅失被保険者証の不正使用によって貴組合に損害を生ぜしめたときは 被保険者において、その弁済の責に任じることを誓います。					

令和 年 月 日 被保険者氏名 ㊞ □本人記載

※被保険者本人が届書を作成し被保険者氏名欄の「本人記載」に☑がある場合は、押印・署名省略可能です。

事 業 主 の 証 明	上記のとおり被保険者から被保険者証・高齢受給者証・限度額認定証の再交付申請がありましたので提出致します。 同時に、届出のとおり被保険者証・高齢受給者証・限度額認定証を滅失又はき損したことに相違ないことを証明致します。 なお、今後は滅失又はき損することのないよう十分指導致します。	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	㊞

備考