

Please attach the Insurance Card of the dependent who is withdrawn from membership.

Please fill in all the blanks in the upper part.  
\*All the years should be written in the Japanese Calendar system.

### 記入見本

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

常務理事	事務長	担当者
Furigana (in Katakana)		
Name of Insured Person		

Date of Birth:  
[Showa] / [Heisei]  
[Year][Month][Date]

Insured Person's  
Health Insurance Card  
Symbol / Number

Employee Number

Furigana (in Katakana)  
Name of Insured Person

\*(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)

被保険者記号	被保険者番号	被保険者氏名	フリガナ
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	氏	ハナツバキ タロウ
生年月日	昭和 ○ 平成 ○	社員番号	事業所名称
○ 年 ○ 月 ○ 日	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	【例】 本社 ○○部 ○○会社 ○○支店 ○○支社 ○○営業本部 など

Date of occurrence of the event caused reissuance application: [Reiwa Year][Month][Date] 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

The cause of reissuance application: [Loss of the Card] / [Damaged] / [Filled in all blank spaces] / [Stolen] / [Other ( detail )]

再交付の原因 ○ 滅失 ○ き損 ○ 無余白

\*\*If the Insurance Card is lost or stolen, the Card holder should first report to your local police, as there is a risk of misuse. The lost or stolen report that is issued by police should be a legal certification.

Please provide the details of the situation (such as when and where) and cause when the Insurance Card was lost or damaged.

滅失・き損したときの状況

いつ? どこで? など状況等を詳しくご記入ください

被保険者証の種類	被扶養者氏名	被扶養者氏名	Eligibility Certificate for Ceiling-Amount Application
○ 本証 ○ 家族証 ○ 高齢受給者証 ○ 限度額認定証	花椿 花子	花椿 花子	

\*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。

\*\*\*Date: [Reiwa Year][Month][Date] 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

\*\*\*Name of Insured Person 被保険者氏名 花椿 太郎

This part is for Employer.