

常務理事	事務長	担当

健康保険 **被保険者証** 再交付申請書  
高齡受給者証

被保険者証の記号番号	記号	〇〇	生年月日	昭和 平成 令和	〇〇	〇	〇	〇	〇	資格取得年月日	平成 令和	〇〇	〇	〇	〇	〇	〇
	番号	〇〇〇															
被保険者氏名	フリガナ	ケンボ タロウ			被保険者住所	〒160-0023 東京都新宿区西新宿〇〇-〇											
被保険者氏名		健保 太郎				東京都新宿区西新宿〇〇-〇											
所属事業所及び部署名		株式会社 健康保険 組合部						電話	03-1234-5678								
被保険者が記入するところ	提出理由 (該当するものに○を)	① 滅失 (紛失・盗難・不明) 2. き損 3. その他 ( )															
	再交付を (該当するほうに○を)	① 希望する 2. 希望しない															
	該当者 (該当するほうに○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	生年月日	昭和 平成 令和												
	②	フリガナ			昭和 平成 令和												
	③	フリガナ	柄	生年月日	昭和 平成 令和												
滅失き損したときはその状況		※出来るだけ具体的にご記入ください (いつ、どこで、どのような状況で) <b>引越しの際に紛失</b>															

※健康保険者証・高齡受給者証のき損のための再交付申請であるときは「き損となった被保険者証等」を、この申請書に添付してください。  
※滅失されたケースにおいて、被保険者証に起因する一切の事故については、その責任を当健保にて負いかねます。  
※健康保険者証の滅失による再交付申請であるときは「健康保険被保険者証滅失始末書」を、この申請書に添付してください。

健康保険被保険者証・高齡受給者証滅失届		※滅失の場合は、必ず 記入・捺印してください
被保険者証等を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注 なお、被保険者証等を発見したときは、再交付した被保険者証等 に返納いたします。		
令和〇〇年〇月〇日	被保険者氏名	健保 太郎

事業主の証明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。なお、今後は被保険者証等を 滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。		令和 年 月 日
	住所	※事業主記入欄	
	事業主 名称		
	氏名		
	電話		

令和〇〇年〇月〇日提出  
受付日付印

