

健康保険被保険者等各証

※「資格確認書」「資格情報のお知らせ」除く



滅失



毀損

再交付申請書

部	長	課	長	係	長	主	任	係

被 保 険 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい						
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	9 9 9 9	1 2 3						
	氏名	(フリガナ) ケンボ ジロウ 健保 次郎	生年月日	元号 昭和	年 5	月 7	日 0 5 0 1		
住所	(〒 000 - 0000)	愛知 都府県	〇〇市〇〇町〇番〇〇〇						
電話番号 (日中の連絡先)	000 (0000) 0000								

再 交 付 の 対 象 者	氏名	生年月日	続柄	再交付が必要な証区分	
	健保 次郎	元号 昭和 年 5 月 7 日 0 5 0 1	本人	☒ 限度額認定証	☐ 高齢受給者証
	個人番号				
	氏名	生年月日	続柄	再交付が必要な証区分	
		元号 年 月 日		☐ 限度額認定証	☐ 高齢受給者証
	個人番号				
	氏名	生年月日	続柄	再交付が必要な証区分	
		元号 年 月 日		☐ 限度額認定証	☐ 高齢受給者証
	個人番号				
	氏名	生年月日	続柄	再交付が必要な証区分	
	元号 年 月 日		☐ 限度額認定証	☐ 高齢受給者証	
個人番号					

再交付事由	令和〇年4月14日に〇〇駐車場にてカバンと一緒に盗難にあった。 当日、警察には被害届を届出済み。
-------	---

滅失 の 場 合 は 記 入	誓 約 書		
	このたび健康保険被保険者等各証を滅失してしまいましたが、後日発見した時は、直ちに返納いたします。 なお、滅失した健康保険被保険者等各証が不正に使用され、損害が発生した場合は私が一切の損害を補償することを 誓約いたします。 上記のとおり届出いたします。		
	令和 〇 年 〇 月 〇 日	氏名	健保 次郎

事 業 主 証 明 欄	上記の者が健康保険被保険者等各証を滅失(毀損)したことを証明します。 なお、被保険者には今後、管理に十分注意するよう徹底を図ります。
	令和 〇 年 〇 月 〇 日 提出
	〒 000 - 0000
	事業所所在地 愛知県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
	事業所名称 〇〇〇農業協同組合
事業主氏名 代表理事組合長 〇〇 〇〇	
電話番号 000 (0000) 0000	

受付日付印

確認日付印
