

健康保険被保険者証等 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 | 被保険者証の (右づめ) | 記号 | 番号 | 生年月日 | | | |
| | | | | 元号 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | (フリガナ) (氏) | (名) | 個人番号 | | | |
| 住所 | (〒 -) | | | 都 道 府 県 | | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | () | | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|------|----------|----|---------------------------------|---------------------------------|
| 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 | |
| | | 元号 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 被保険者証 | <input type="checkbox"/> 限度額認定証 |
| | 個人番号 | | | <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 | <input type="checkbox"/> その他() |
| | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 再交付が必要な証区分 | |
| | | 元号 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 被保険者証 | <input type="checkbox"/> 限度額認定証 |
| | 個人番号 | | | <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 | <input type="checkbox"/> その他() |
| | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 再交付が必要な証区分 | |
| | | 元号 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 被保険者証 | <input type="checkbox"/> 限度額認定証 |
| | 個人番号 | | | <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 | <input type="checkbox"/> その他() |
| | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 再交付が必要な証区分 | |
| | | 元号 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 被保険者証 | <input type="checkbox"/> 限度額認定証 |
| | 個人番号 | | | <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 | <input type="checkbox"/> その他() |

| | |
|-------|--|
| 再交付事由 | |
|-------|--|

| | |
|----------------------------------|--|
| 滅失 の 場 合 は 記 入 | 誓約書 |
| | このたび健康保険被保険者証等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、滅失した被保険者証等が不正に使用され、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。 |
| | 年 月 日 氏名・印 |

| | |
|----------------------------|--|
| 事 業 主 証 明 欄 | 上記の者が健康保険被保険者証等を滅失(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。 |
| | 年 月 日 提出 |
| | 〒 - |
| | 事業所所在地 |
| | 事業所名称 事業主氏名 電話番号 () |

| |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|

| |
|-------|
| 確認日付印 |
|-------|