

被保険者 健康保険被保険者証 滅失
高年齢受給者証
被扶養者 特定疾病療養受療証 毀損

再交付申請書

常務理事	事務長	業務課長	担当者

※健保使用欄 再交付年月日	記入しないで下さい。	日
------------------	------------	---

被保険者欄	被保険者証の記号-番号	123 - 1234567	氏名	健康 太郎
	生年月日	5 5.昭和 7.平成 55 年 1 月 20 日	提出年月日	下記のとおり申請します。 令和 3 年 10 月 15 日
	現住所	〒 000 - 1111 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇1丁目2番3号 〇〇マンション987 Tel 0123 - 45 - 6789		

記入見本はカラーで表示していますが、届出は白黒で印刷して下さい。

再交付対象者欄	<input checked="" type="checkbox"/> 再交付が必要な対象者にチェック			
	<input type="checkbox"/>	被保険者 (本人) 分	再交付が必要な証の種類	1. 健康保険被保険者証 2. 高年齢受給者証 3. 特定疾病療養受療証
	<input type="checkbox"/>	被扶養者 (家族) 分	再交付が必要な証の種類	1. 健康保険被保険者証 2. 高年齢受給者証 3. 特定疾病療養受療証
	<input checked="" type="checkbox"/>	被扶養者の氏名1	健康 一郎	被保険者との続柄 長男等具体的に記入 二男

エクセルファイルで入力の場合も自筆署名して下さい。

滅失始末書欄	滅失年月日	令和 3 年 10 月 2 日	滅失した状況 令和3年10月2日に財布を落とした。翌日、紛失に気づいて探したが見つからなかった。 (財布の中に保険証を入れていた) 警察には10月3日に届出済
	私儀、今般私の不注意により健康保険被保険者証を滅失しましたので、始末書を提出致します。滅失により健康保険組合に損害をかけたときは、私が責任をもって賠償します。		
	自筆署名	健康 太郎	

事業主欄	確認欄 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については、誤りがないか申請者本人が確認している。	上記について事実と相違ないことを証明します。 <div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 10px; text-align: center;">この届出は、事業主の証明が必要(任意継続被保険者は除く)ですので、健康保険担当者を通じて提出して下さい。</div>
	<input type="checkbox"/>		

- 【注意事項】
- 日付は和暦、選択欄は該当数字を記入するか該当数字を○で囲んで下さい。
 - 訂正は二線抹消し、訂正者氏名を自署下さい。(修正テープ使用不可)
 - 健康保険被保険者証の滅失の場合のみ、滅失始末書欄を記入して下さい。
 - 毀損による申請の場合は、その証を添付して下さい。
 - 滅失した証を後日発見したときは、交付日が古いものを直ちに返納して下さい。
 - ※欄は記入しないで下さい。
 - マイナンバーで申請の場合「マイナンバーカードの両面の写し」もしくは「マイナンバーを記載した公的書類の写しと官公署が発行する写真付き身分証の写し」のどちらかを添付して下さい。