

健康保険 被保険者証 高齢受給者証 再交付申請書

常務理事		担当	担当

被保険者	記号		番号		氏名	
	住所	〒 - 都道府県				連絡先

再交付が必要な方	氏名		生年月日			性別	続柄	再交付の原因
	被保険者	(氏) (名)	昭和 平成	年	月	日	男女 本人	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> その他 詳しく記入して下さい
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男女	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> その他 詳しく記入して下さい
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男女	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> その他 詳しく記入して下さい
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男女	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> その他 詳しく記入して下さい
紛失・破損の状況	<input type="radio"/> 発生日時 令和 年 月 日 <input type="radio"/> 発生場所 <input type="radio"/> 状況(詳しく記入して下さい)							

誓約書 (紛失の場合)	<p>私は、本申請書に記載した通り、被保険者証を紛失いたしました。万一、該当被保険者証が不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合、その一切の責任を負うことを誓約いたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者(本人自署)</p>
----------------	--

確認欄	この申請については①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

- 紛失(滅失) ➡ 警察署への届出を推奨します。
- 破損 ➡ 破損した被保険者証を添付してください。
- ※被保険者証は、クレジットカードと異なり、紛失などの際に使用を停止することができません。紛失等の場合は、悪用される恐れがありますので、最寄りの警察署に必ず届出てください。
- ※再交付後に紛失した被保険者証が発見された場合には、必ず発見した被保険者証を健康保険組合に返納してください。

上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

受付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄