

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	令和 年 月 日
------------------	----------

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号-番号	-	氏名	
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 年 月 日	提出年月日	下記のとおり申請します。 令和 年 月 日
	現住所	〒 - - - - -		
	被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入し、個人番号確認、本人確認をするための注7の添付書類をつけて提出下さい。			

☑再交付が必要な対象者にチェックを入れて下さい。								
再 交 付 対 象 者 欄	<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	再交付が 必要な 理由		1. 滅失 2. 毀損	
	<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	左に該当する証が必要な被扶養者について記入して下さい。			
	<input type="checkbox"/>	被扶養者の氏名1		被保険者との続柄	長男等具体的に記入	再交付が 必要な 理由		1. 滅失 2. 毀損
	<input type="checkbox"/>	被扶養者の氏名2		被保険者との続柄	長男等具体的に記入	再交付が 必要な 理由		1. 滅失 2. 毀損
<input type="checkbox"/>	被扶養者の氏名3		被保険者との続柄	長男等具体的に記入	再交付が 必要な 理由		1. 滅失 2. 毀損	

滅 失 始 末 書 欄	滅失年月日	令和 年 月 日	滅失した 状況
	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		

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。 令和 年 月 日 提出 所在地 名 称 役 職 氏 名
	<input type="checkbox"/>		

- 【注意事項】
1. 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。
  2. 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)
  3. 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。
  4. 毀損による申請の場合は、その証を添付して下さい。
  5. 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。
  6. ※欄は記入しないで下さい。
  7. 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。