

被 保 険 者 証  
健康保険 高 齢 受 給 者 証 (滅失・毀損) 再交付申請書  
限度額適用認定証

常務理事	事務長	課 長	係

平成 年 月 日	交 付 日 年 月 日	
交 付 伺 い	交 付 簿	

被保険者証		被保険者氏名		性別		1 滅失・毀損のため	警察への届出 有・無		
記号	番号			①		2 盗難のため	No. _____		
		昭和・平成 年 月 日		1. 男 2. 女	再交付申請の理由 (該当番号に○印)	【発生日】平成 年 月 日		【発生状況】 できるだけ 詳しく記入	
再交付希望の被保険者 (該当番号に○印)	1	被保険者 (本人が保持しているもの)							
	2	被扶養者 (家族が保持しているもの)							
	左記に該当する家族の氏名	氏 名	続柄	性別		生 年 月 日			
				1. 男 2. 女		昭和 平成	年 月 日		
			1. 男 2. 女	昭和 平成	年 月 日	上の届書に記載したとおり _____ を滅失いたしました。が 今後は充分取扱いに注意いたします。 なお、この健康保険証を発見したときは、ただちに返納いたします。			
			1. 男 2. 女	昭和 平成	年 月 日				【被保険者】
						住所			
						氏名		_____ ①	

◎再交付理由が毀損(破損)の場合は、当該証を添付してください。

事業主証明書	<p>被保険者 _____ は、被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証を滅失・毀損したことに相違ないことを証明します。今後このようなことのないよう、全被保険者を対象に周知徹底をはかります。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所 所在地 名 称 事業主名 _____ ①</p>
--------	---

--- 受付日付 ---