

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	再交付申請の理由 (該当番号に○印)	① 滅失・毀損のため	警察への届出 有 ・無	
記号	番号					2 盗難のため	No. △△警察署 000-111-222	
1	1111	健保 太郎 Ⓜ		1 . 男 2. 女		【発生日】平成 27 年 12 月 1 日		
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)						
	左記に該当する家族の氏名	2	被扶養者 (家族が保持しているもの)					
		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
		1. 男 2. 女	昭和 平成	年	月	日		
		1. 男 2. 女	昭和 平成	年	月	日		
						【発生状況】 できるだけ詳しく記入	□□病院に通院しており、12/1会計時に保険証を提示しようとしたところ、財布に無いことに気付いた。前回の通院時に使用後どこで紛失したのか不明のため、病院近くの警察署に届出をした。	
						上の届書に記載したとおり 健康保険証 を滅失いたしました。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。		
						【被保険者】		
						住所	静岡市清水区○○町1-1	
						氏名	健保 太郎 Ⓜ	

◎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	被保険者 健保 太郎 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。
	平成 年 月 日
	所在地 事業所 名称 Ⓜ 事業主名

--- 受付日付 ---