

被保険者 健康保険被保険者証 滅失
 被扶養者 高齢受給者証 毀損
 特定疾病療養受療証 再交付申請書

常務理事	事務長	参事補	担当者

被保険者証		被保険者氏名、印	※再交付年月日	備 考
記 号	番 号			
		㊟	令和 年 月 日	
再交付が必要 な者の氏名			再交付が必要 な証の種類 (番号を○で囲む)	1. 健康保険被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 特定疾病療養受療証

上記の通り申請します。

被保険者証滅失始末書

滅失したときの事由を詳しく記入して下さい。		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。 被保険者氏名 _____ ㊟
滅失年月日	令和 年 月 日 時 分頃	
滅失した状況		

受付印 (注) 1. 被保険者証の滅失の場合のみ、上記滅失始末書欄を記入して下さい。
 2. 毀損による申請の場合は、その証を添付して下さい。
 3. 滅失した証を後日発見したときは、直ちに返納して下さい。
 4. ※欄は記入しないで下さい。

上記事由について事実相違ないことを証明します。
令和 年 月 日提出
事業所所在地
事業所名称
事業主役職名・氏名 _____ ㊟