

健保組合 使用欄	決 裁			常務理事	事務長	主 管	適用担当
	交 付 日	平成 年 月 日					
	再交付手数料徴収の可否決裁			常務理事	事務長	主 管	経理担当
	再 交 付 手 数 料	平成 年 月 日	徴収 否				

健康保険被保険者証(カード)

健康保険高齢受給者証

滅失届

毀損届

再交付申請書

健康保険限度額適用認定証

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	記 号 番 号	2800 0000	男	女	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成
被 保 険 者 の 勤 務 す る (し て い た) 事 業 所	名 称	〇 〇 〇 〇 株 式 会 社				
	所在地	東京都〇〇区〇丁目〇番地〇号				
被 保 険 者 証 を 滅 失 (毀 損) し た 年 月 日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	被 保 険 者 証 を 滅 失 し た 場 所	〇〇駅付近			
被 保 険 者 証 を 滅 失 (毀 損) し た 者 の 氏 名	健保 慎之介	続柄	本人	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
被 保 険 者 証 を 滅 失 し た 理 由、ま た は 再 交 付 を 申 請 す る 理 由	病院で診療を受けて、自宅に帰る途中に紛失してしまいました。					
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日						
被保険者(であった者)の氏名 健保 慎之介 (印)						
日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿						

* 滅失理由が盗難の場合は、申請事由欄にその概要を記入し、盗難届出を提出した警察署及び電話番号、提出日、受理番号をご記入ください。

事業主証明欄	
再交付申請について申し出がありましたので届出いたします。	
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
事業所名称	〇 〇 〇 〇 株 式 会 社
代表者氏名	代表取締役社長 〇 〇 〇 〇 (印)

盗難届提出先	
警察署名	〇〇〇警察署
警察署電話番号	〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
提出日	平成 18 年 10 月 10 日
受理番号	No. 〇〇〇〇〇〇〇

(注意)

- この申請書は、再交付を受ける者ごとに作成してください。
- 毀損した場合は、この申請書に毀損したカード保険証を添付してください。
- 再交付のときは、カード保険証のみ手数料500円がかかります。(但し、盗難・火災による場合は健保組合にご相談ください。)