

健康保険被保険者証等 滅失 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	担当者

① 健康保険被保険者証の 記号		番号		② 被保険者の氏名 (氏) (名)			③ 生年月日 昭和 平成		年 月 日		④再交付したい証とその理由 (☑してください)		
											<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損※ <input type="checkbox"/> その他		
⑤ 資格取得年月日 平成 令和				年 月 日		⑥ 被保険者の住所 〒							
(ア) 証の再交付を受ける方の氏名 (氏) (名)				(イ) 生年月日 昭・平 令		年 月 日		(ウ) 続柄		(エ) 証を滅失・き損したときの状況(理由)			
												
上記の通り再交付を申請いたします。なお、今後は滅失又は、き損することのないように注意するとともに、失った証を発見したときは、ただちにそれをお返しいたします。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 徳洲会健康保険組合理事長 様 ⑦被保険者 氏名							上記の通り被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。なお、今後は滅失又は、き損することのないように充分指導いたします。 事業所所在地 〒 — 事業所名称 事業主氏名 電話 () — () — () 番						

※き損した場合の申請であるときは、その証を添えること。