

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

限度額適用認定証

健 保 組 合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の 受 付 印
日付印

令和 年 月 日提出

健康保険被保険者証				
記号	番号 (左づめで記入)			

被保険者の氏名	
(氏)	(名)

事業所名		電話番号	自宅	
所属 (または出向先)	部	店・グループ 課・室	職場	
被保険者住所	〒			
			携帯	

証の種類	再交付申請対象者の氏名	生 年 月 日	性別	続柄	申請理由	事由発生 年月日	証番号	健 保 記 入 欄
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭平 年 月 日	男 女		減失 申請に至った状況:	令和 年 月 日	*	*
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭平 年 月 日	男 女		減失 申請に至った状況:	令和 年 月 日	*	*
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭平 年 月 日	男 女		減失 申請に至った状況:	令和 年 月 日	*	*
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭平 年 月 日	男 女		減失 申請に至った状況:	令和 年 月 日	*	*

誓約書	<p>今後、新たに交付された証の保管については充分注意いたします。 また、返納すべき証が見つかったときは、ただちに返納いたします。 私の不始末により万一貴組合に対し、損害を及ぼすことがあった場合は、 いかなる処分を受けても異議なきことを誓約致します。</p> <p>被保険者氏名</p>
-----	---

事業所所在地		印
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	(局) 番	

令和 年 月 日

【添付書類】

滅失の場合……警察署への遺失届(盗難届)のコピー(※健康保険証を紛失した場合のみ)
(コピーをもらえない場合は、下の余白に【届出日・警察署名・受理番号】を記入のこと)

健康保険被保険者の記号・番号の代えてマイナンバーにより申請する場合は、右記(備考)欄に記入して下さい
※ マイナンバーを記入する場合は、確認のために添付書類が必要となります。

備考	
----	--