

# 健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

限度額適用認定証

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の受付印
日付印

健康保険被保険者証

記号番号 (左づめで記入)

1 2 3 4 5 6

令和 ○年 △月 ◇日提出

被保険者の氏名

(氏) ケンポ (名) タロウ

健保 太郎

事業所名 大阪○×△(株)

所属 (または出向先) ○ × 部 △ □ 店グループ 課・室

被保険者住所 〒 123-4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×

電話番号

自宅 XXX-XXXX-XXXX

職場 XXX-XXXX

携帯 XXX-XXXX-XXXX

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 checked="" type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input checked="" type="checkbox"/> 限度額適用認定証	(フリガナ) ケンポ イチコ 健保 一子	昭平令 ○ × × △ ○ ×	男 女	妻	減失 き損 申請に至った状況: カバンに保険証を入れた まま電車内に忘れました	令和 ○年△月◇日	*	*
<input checked="" type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	(フリガナ) ケンポ カズエ 健保 一恵	昭平令 ○ × × △ ○ ×	男 女	長女	減失 き損 申請に至った状況: 同上	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)	昭平令	男 女		減失 き損 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)	昭平令	男 女		減失 き損 申請に至った状況:	令和 年 月 日	*	*

誓約書

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。

被保険者氏名 健保 太郎

事業所所在地

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 記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。