

健康保険被保険者証・高齢受給者証 再交付申請書

記入欄	被保険者証の	記号	番号	被保険者氏名		
	再交付の原因		※該当を選択ください ○ 滅失 ○ 毀損			
	再交付する証の種類			※該当を選択ください <input type="checkbox"/> 被保険者保険証 <input type="checkbox"/> 被扶養者保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証		
	※被扶養者保険証の場合は氏名をご記入ください↓					
	①被扶養者氏名					
	②被扶養者氏名					
<p>上記のとおり再交付申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">_____年 _____月 _____日 被保険者氏名： _____</p>						
事業主証明	<p>上記の通り、被保険者から証再交付申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は滅失・毀損する事の無いよう十分指導いたします。</p> <p style="text-align: right;">_____年 _____月 _____日</p> <p>事業所所在地 事業所名称 事業主氏名</p>					

※滅失の場合は悪用される危険性がありますので、最寄の警察に滅失・盗難届を提出する事をお勧めいたします。
 ※保険証が見つかった場合は速やかに返却をお願いします。
 ※資格喪失後に医療機関を受診し当組合から給付がある場合、請求することがあります。