

決裁	保険証の再交付日	令和 年 月 日	無					
	再交付手数料	令和 年 月 日	徴収否					

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 | <input checked="" type="checkbox"/> 滅失届    |
| <input type="checkbox"/> 健康保険高齢受給者証           | <input type="checkbox"/> 毀損届               |
| <input type="checkbox"/> 健康保険限度額適用認定証         | <input checked="" type="checkbox"/> 再交付申請書 |

被保険者証の記号番号	記号 2800	番号 0000	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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 東京都〇〇区〇〇 Δ丁目ΔΔ番地Δ号			
被保険者証を滅失(毀損)した年月日	令和 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		
被保険者証を滅失した者の氏名	健保 孝太郎	続柄	子	生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成 令和
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った。				
令和 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					
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。	
令和 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	東京都〇〇市〇〇 Δ丁目ΔΔ番地Δ号

盗難届提出先	
警察署名	〇〇警察署
電話番号	〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
提出日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
受理番号	No. 123456

(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。)