

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

- |                                       |                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証    | <input 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 type="checkbox"/> 再交付申請書 |

被保険者証の記号番号	記号番号	男 女	生年月日	昭和 平成 年 月 日
被保険者の勤務する(していた)事業所	名称			
	所在地			
被保険者証を滅失(毀損)した年月日	令和 年 月 日	被保険者証を滅失した場所		
被保険者証を滅失した者の氏名	続柄	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
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				
令和 年 月 日				
被保険者(であった者)の氏名				
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 年 月 日	
事業所名称	
代表者氏名	

盗難届提出先	
警察署名	
電話番号	( )
提出日	令和 年 月 日
受理番号	No.

(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。)