

各種証 減失 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

※滅失の場合は、2枚目の滅失理由書が必須です。き損の場合は、き損した証を添付してください。

(申請者) 被保険者	健康保険 記号番号		氏 名		生 年 月 日			備 考	
	(記号)	(番号)	(氏)	(名)	年	月	日		
<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平									

再交付申請の対象となる者	氏 名	生 年 月 日	続柄(詳細)	原 因	種 類	備 考
	(氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 保険証 ※ <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	
	(氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 保険証 ※ <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	
	(氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 保険証 ※ <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	
	(氏) (名)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 保険証 ※ <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	

事業所記入欄	上記の通り被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。なお、今後は滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。	
	所在地 名 称 事業主氏名 電 話	()

令和 年 月 日 提出

※保険証の滅失・き損の場合は、「資格確認書」を交付することとなります。

受 付 印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

東淀川健康保険組合 理事長 殿

※ 滅失の場合は、別紙にて本人の理由書を添付すること。

※ 記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)

各種証の滅失理由書

- 滅失した証
- 資格確認書 資格情報のお知らせ 保険証
- 高齢受給者証 限度額認定証 特定疾病療養受療証

(滅失理由)

今後、このようなことが無いよう十分管理に注意いたしますので再交付をお願いいたします。

令和 年 月 日

健康保険 記号・番号 _____

申請者氏名 _____