健康保険被保険者証等 滅失 き損 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係 長	主 任	担 当

被保険者（申請者）	被保険者証の記号番号		氏 名		生 年 月 日			備 考
	（記号）	（番号）	（氏）	（名）	□ 昭 □ 平 年	月	日	

再交付申請の対象となる者	氏 名		生 年 月 日			続柄（詳細）	原 因	申請する証の種類	備 考
	（氏）	（名）	□ 昭 □ 平 □ 令	年	月 日		□ 滅失 □ き損	□ 被保険者(カード)証 □ その他（ ）	
	（氏）	（名）	□ 昭 □ 平 □ 令	年	月 日		□ 滅失 □ き損	□ 被保険者(カード)証 □ その他（ ）	
	（氏）	（名）	□ 昭 □ 平 □ 令	年	月 日		□ 滅失 □ き損	□ 被保険者(カード)証 □ その他（ ）	
	（氏）	（名）	□ 昭 □ 平 □ 令	年	月 日		□ 滅失 □ き損	□ 被保険者(カード)証 □ その他（ ）	

事業所記入欄

上記の通り被保険者から健康保険被保険者証等の再交付申請がありましたので届出いたします。
なお、今後は被保険者証等を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	（ ）

被保険者証等を受領いたしました。	
氏 名	

令和 年 月 日提出

受 付 日 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

※ 被保険者証等滅失の場合は、別紙にて本人の理由書を添付すること。
※ 被保険者証の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。）

健康保険被保険者証等紛失理由書

紛失した証　：　□ 被保険者（カード）証　□ 高齢受給者証　□ 限度額認定証　□ その他（　　）

（紛失理由）

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、被保険者証等の再交付をお願いいたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者証の記号・番号 ―

申請者氏名