

(様式第1号)

健保組合 使用欄	決 裁			常務理事	事務長	係
	交 付 日	令和 年 月 日				
	再交付手数料徴収の可否決裁			常務理事	事務長	係
	再 交 付 交付手数料	令和 年 月 日	徴収 否			

健康保険高齢受給者証 滅失届 毀損届 再交付申請書

健康保険被保険者証 (カード)

被保険者証の 記号番号	記号		男 女	生年月日	昭和	年 月 日
	番号				平成	
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(毀損) 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						
荏原健康保険組合理事長 殿						

※ 滅失毀損理由が盗難、事故、地震・火事等の災害の場合は、申請事由欄にその概要を記入し、届出を提出した所轄機関及び電話番号、提出日、届書名、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	

届提出先	
所轄機関名	
所轄機関電話番号 ( )	
提出日：令和 年 月 日	
届書名	
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。