

（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 平成 年 月 日 |
| | 番号 | | | | |
| 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）

1. 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。
2. 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。
3. 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。