

0 : 被 保 険 者 証

4 : 限度額適用・標準負担額減額認定証

0

5 : 特定疾病療養受療証

6 : 限度額適用認定証

再交付申請書

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

注4 滅失した被保険者証等が見つかった場合は、すみやかに健康保険組合に返納してください。

注5 「再交付申請書」は、必要な「被保険者証」等1枚につき1部作成してください。

被保険者が自ら記入する場合は、被保険者の押印は省略可

(1)被保険者証の記号 (2)被保険者証の番号

0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0

(3)勤務箇所

〇 〇 駅

(4)被保険者氏名

健 保 太 郎

印

(5)被保険者証等を滅失・き損した方、または被保険者証等が無余白となった方の氏名

健 保 花 子

(6) (5)に該当する方の続柄

妻

(7)再交付理由

0

0:滅失
1:き損
2:無余白

(8)再交付事由

事由記入欄

令和〇年〇〇月〇〇日午前〇〇時〇〇分頃、病院から帰宅途中、背広のポケットに入れたはずの健康保険証がないことに気付き、引き返し道中を探しましたが、発見できませんでした。警察にも届出を出しましたが、1週間を過ぎた現在も見つかっておりません。よって再発行をお願いいたします。

事業主
特記事項欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地 〒

名称

事業主名

印

事業所
使用欄

印

箇 所 長

電 話

-

健保担当課

印

事業主整理番号