

健康保険

記入例

被保険者証・高齢受給者証
滅失届（誓約書）兼 再交付申請書

常務理事	事務長	担当	(事業所)

提出日 令和 3 年 4 月 1 日

保険証の 記号番号	記号 999	番号 9999	被保険者氏名 健保 太郎	
			生年月日 昭和 平成・令和 50 年 4 月 1 日	
現住所	〒 503-0916 大垣市日の出町1-1			
会社名	イビデン	所属	健康保険組合	
対象者の 氏名・種類	再交付する該当者の氏名を記入し、被保険者証の再交付をされる方は、「本人」または「家族」の欄にレ点を入れてください。高齢受給者証の再交付をされる方は、「高齢」の欄にレ点を入れてください。再交付が不要な場合（喪失者、削除者）は再交付不要欄にレ点を入れてください。			
	氏名	再交付種類	再交付不要	
	健保 次郎	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢	
		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢	
		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢	
		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢	
再交付を申 請する理由	*該当する項目にチェックを入れて、必要事項を記入してください 1. <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 文字消え <input type="checkbox"/> 余白なし ⇒ 該当カードを添付必要 2. <input type="checkbox"/> 盗難 <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 ⇒ 警察への届出 令和 年 月 日 届出 3. <input type="checkbox"/> その他 〔詳細・状況等〕 上記、2. 3. 該当の方は必ず記入ください。 旅行先に持っていき、帰って荷物を片付けたが見当たらなかった。			

誓約書 (上記理由2の 場合に記入、被 保険者が記入・ 捺印)	上記の事情により被保険者証カード(高齢受給者証)を滅失しましたのでお届け致します。今度はこのようなことがないように充分注意するとともに滅失したカード(高齢受給者証)に関わるトラブルが発生した場合は一切の責任を私が負うことを誓います。尚、後日カードを発見した際は、直ちに返納致します。 被保険者氏名 健保 太郎
---	---

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業主の証明
上記申請内容について相違ないことを証明します。 住所 事業所名称 代表者氏名

