

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	主任・係

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書
高齢受給者証 き損

※該当する証、申請事由に○をつけてください

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		男 女	生年月日	昭 平	年	月	日		
被保険者の現住所		〒 -									
被保険者の資格を取得した年月日		昭・平・令 年 月 日									
被保険者が記入するところ	再交付申請の対象となる者	被保険者欄	氏名		生年月日		続柄	再交付の原因			
			(氏)	(名)	上記に同じ		本人	滅失 き損			
	被扶養者欄	氏名		生年月日		続柄	再交付の原因				
		(氏)	(名)	男 女	昭 平 令	年	月	日	滅失 き損		
		現住所		〒 -							
		氏名		生年月日		続柄	再交付の原因				
(氏)	(名)	男 女	昭 平 令	年	月	日	滅失 き損				
現住所		〒 -									
被保険者証(高齢受給者証)を滅失したときの状況(詳しく)		※保険証の効力は止められない為、被保険者証(高齢受給者証)を盗難、屋外で滅失された場合等は必ず警察に届け出てください。									
この欄は、滅失したときに記入してください		〔被保険者証(高齢受給者証)発見の際の返納誓約書〕 上の届出書に記載したとおり、被保険者証(高齢受給者証)を滅失しましたが、この証を発見したときは、ただちに返納いたします。 令和 年 月 日 提出 被保険者氏名 _____									

事業主記入欄	上記のとおり被保険者から健康保険証(高齢受給者証)の再交付申請がありましたので提出いたします。なお、今後は被保険者証(高齢受給者証)を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電 話		
下記をご確認のうえ、チェック☑をお願いします。		
確認欄	この届出については①又は②の要件を満たしたものである。	
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。	
	②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	
東京証券業健康保険組合理事長 殿		
社会保険労務士の提出代行者		

【注意事項】

- ①き損による再交付申請であるときは、「き損した健康保険証(高齢受給者証)」を添付してください。
- ②任意継続被保険者の方の再交付申請の場合、事業主欄の記入は不要です。
- ③紛失した保険証等が見つかった場合は、交付日の古い保険証等をすみやかに返納してください。

受 付 日 付 印