健康保険　再交付申請書 兼 滅失届

九電工健康保険組合　理事長　殿

提出日	令和	年	月	日

被保険者欄	記号・番号	(記号)　(番号)								又は	個人番号												
	所属事業所 社員番号	(会社名)							(支店・営業所・部門名)											(社員番号)			
	氏名	(フリガナ) (氏)			(名)					生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成		年		月		日	性別	☐ 男 ☐ 女				
	住民票の住所	〒　　－																					

※対象者を全員記入してください。

被保険者	続柄	本人	滅失した証	☐ 高齢受給者証　☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証	再交付 必要の有無	☐ 必要 ☐ 不要	再交付 申請の理由	☐ 紛失 ☐ 毀損

被扶養者1	氏名	(フリガナ) (氏)		(名)					生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日	性別	☐ 男 ☐ 女
	続柄		滅失した証	☐ 高齢受給者証　☐ 限定額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証			再交付 必要の有無	☐ 必要 ☐ 不要	再交付 申請の理由	☐ 紛失 ☐ 毀損								

被扶養者2	氏名	(フリガナ) (氏)		(名)					生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日	性別	☐ 男 ☐ 女
	続柄		滅失した証	☐ 高齢受給者証　☐ 限定額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証			再交付 必要の有無	☐ 必要 ☐ 不要	再交付 申請の理由	☐ 紛失 ☐ 毀損								

被扶養者3	氏名	(フリガナ) (氏)		(名)					生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日	性別	☐ 男 ☐ 女
	続柄		滅失した証	☐ 高齢受給者証　☐ 限定額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証			再交付 必要の有無	☐ 必要 ☐ 不要	再交付 申請の理由	☐ 紛失 ☐ 毀損								

誓約事項

1. 交付された証の保管及び取扱いには十分留意し、再び紛失及び毀損することのないようにいたします。
2. 紛失した証により健康保険組合に損害を及ぼす場合は、私が損害賠償の責を負います
3. 紛失した証を発見したときは、再交付された証をすみやかに健康保険組合に返却いたします。

九電工健康保険組合　理事長　殿　　被保険者住所

令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名

≪注意事項≫

※　滅失した証が、被保険者証の場合、この様式ではなく
健康保険 被保険者証 返納不能届
を提出してください。

※　滅失した証が、資格確認書の場合、この様式ではなく
健康保険 資格確認書 再交付申請書 兼 滅失届
を提出してください。

※　滅失した証が、資格情報のお知らせの場合、
この様式ではなく
健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書
を提出してください。

事業所担当者名・受付日の記入又は押印	受付日：令和　　年　　月　　日

社会保険労務士　確認欄

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合　受付印

2024.11　帳票No.007