

## 健康保険 再交付申請書 兼 滅失届

実際に事業所へ提出日する日  
を記入してください。

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	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	所属事業所 社員番号	(会社名)	(支店・営業所・部門名)			(社員番号)			株式会社●●● ▲▲支店 987654								
	氏名	(フリガナ)	キウコウ	知ウ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男						
		(氏)	九工	太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 平成	●	●	●		●	<input type="checkbox"/> 女					
住民票の住所	〒	000	—	0000	●●市▲▲区■1-11-1												

※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	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input checked="" type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	再交付 必要の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	再交付 申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損
------------------	----	----	-------	--	--------------	---	--------------	---

被 扶 養 者 1	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	続柄		滅失した証	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	再交付 必要の有無	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	再交付 申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損			

被 扶 養 者 2	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	続柄		滅失した証	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	再交付 必要の有無	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	再交付 申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損			

被 扶 養 者 3	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	続柄		滅失した証	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	再交付 必要の有無	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	再交付 申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損			

## 誓約事項

- 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。
- 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
- 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 ●●市▲▲区■1-11-1  
令和 ●年 ●●月 ●●日 被保険者氏名 九工 太郎

## 《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
担当者名	または 担当者 日付印

社会保険労務士 確認欄

必要に応じて、社会保険労務士 記載

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合 受付印