

常務理事	事務長	担当

**被保険者証
高齢受給者証
限度額適用認定証**

**滅失・毀損
再交付**

申請書

被保険者証の記号番号	記号 番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得 年月日	平成 令和	年	月	日
被保険者氏名	フリガナ		被保険者 住 所	〒							
従業員番号		所属事業所 及び部署名		電話 ()							
提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅失 (紛失・盗難・不明) 2. 毀損 3. その他 (理由を記入:)										
再交付を (該当するものに○を)	1. 希望する 2. 希望しない										
該 当 者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分										
該当者が被扶養者の場合記入	①	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日			
	②	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日			
	③	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日			
滅失又は毀損したときのその状況	※できるだけ具体的に記入ください										
警察への届出状況	有・無	届出先	警察署	届出日	令和	年	月	日			

◎被保険者証の毀損のための再交付申請であるときは、毀損した被保険者証を、この申請書に添付してください。

被保険者証・高齢受給者証滅失届 (滅失の場合のみ記入)
<p>上記の申請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。今後は取扱いに十分注意します。</p> <p>なお、被保険者証・高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者氏名</p>

事業所の証明	<p>上記の申請について相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電 話</p>
--------	--

令和 年 月 日提出
受付日付印

キリトリ線