

健康保険 減失 再交付申請書 兼 減失届
き損 無余白

常務理事	事務長	担当者

(当組合発行の医療保険証である健康保険 被保険者証・資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証の減失に関する届出)

被保険者の記号及び番号		被保険者の氏名		減失(き損・無余白を含む)した医療保険証の種類	申請区分
(記号)	(番号)			1. 被保険者証 2. 資格確認書 3. 限度額適用認定証 4. 高齢受給者証	1. 再交付 兼 減失(き損および無余白を含む) 2. 減失のみ

医療保険証を減失・き損(無余白を含む)した方の氏名等				資格確認書 発行要否 該当者で発行が 必要な場合のみ	医療保険証を減失・き損した理由を詳しく記入してください(無余白を除く)。
フリガナ	性別	生年月日		□ 発行が必要	医療保険証発見の際の返納誓約 ※き損・無余白による申請を除く 上記に記載のとおり、医療保険証(被保険者証・資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証)を減失したことに相違ありません。なお、減失した医療保険証(被保険者証・資格確認書・限度額適用認定証・高齢受給者証)を発見した場合は、直ちに返納いたします。 令和 年 月 日 被保険者氏名
氏名(姓)	(名)				
	男	昭和	年 月 日		
	女	平成	年 月 日		
	男	昭和	年 月 日		
	女	平成	年 月 日		
	男	昭和	年 月 日		
	女	平成	年 月 日		
	男	昭和	年 月 日		
	女	平成	年 月 日		

事業主	確認事項	この届出については、①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。
	所在地	〒 -
	名称	
	氏名	
	電話	(局) 番

留意事項 ※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者本人(被保険者)の署名が必要となります。 ※再交付の場合、本人確認書類として運転免許証(写)若しくはパスポート(写)または住民票(マイナンバーなし)などの内一つを添付してください。 ※き損・無余白による申請の場合は、該当する医療保険証を添付してください。 ※「資格確認書発行要否欄」は該当となる方が資格確認書の発行を希望される場合のみ、 □発行が必要に✓をしてください。

受付年月日

フォーラムエンジニアリング健康保険組合