

健康保険 減失 再交付申請書 兼 減失届

常務理事	事務長	担当者
記入例		

(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)

交付してある健康保険被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせから転記してください。(※新規で加入する場合は、記入不要です)

被保険者の記号及び番号 (記号)	被保険者の氏名 (番号)	減失(き損・無余白を含む)した医療保険証の種類	申請区分
123	45678	健保 拓哉	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 氏名(姓) (名)	性別	生年月日		被保険者 との続柄	令和4年2月1日に病院に行った際に、落としてしまったようです。 なお、警察には届出をいたしました。また、今後は保管に十分注意いたします。
ケンボ サクラ 健保 桜	男 ② 女	昭和 平成 令和	年 月 日 0 5 1 0 2 0		
該当者で発行が必要な場合のみ、 <input type="checkbox"/> 発行が必要に✓をしてください。 該当されていない方には、発行ができません。 以下に該当する場合に限りです。 ・マイナンバーカードを取得していない者 ・マイナンバーカードを返納した者 ・マイナンバーカードを保有しているが、健康保険証としての利用登録を行っていない者 ・マイナ保険証の利用登録解除を申請した者(利用登録解除者) ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた者				<input type="checkbox"/> 発行が必要	被保険者本人の署名が必要になります。(※減失の場合のみ)
				<input type="checkbox"/> 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
				<input type="checkbox"/> 発行が必要	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。
				<input type="checkbox"/> 発行が必要	令和 4 年 2 月 4 日 被保険者氏名 健保 拓哉

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	事業主の証明が必要となります。
氏名	
電話	

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