

健康保険 被保険者証 減失 破損 再交付 申請書
 高齢受給者 再交付 申請書
 ※該当箇所には☑してください。

被保険者証の記号番号	-	被保険者氏名	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
所属会社名 部署名		電話番号 (日中の連絡先)	携帯 ・ 自宅 ・ その他 () TEL ()					
住所	①住民票住所	〒 -						
	②居所現住所	〒 - <input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ <input type="checkbox"/> 単身赴任						
該当者	1. 被保険者(本人) 2. 被扶養者(ご家族)			再交付の有無	1. 希望する 2. 希望しない			
該当者が被扶養者の場合記入	フリガナ	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	フリガナ	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	フリガナ	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅失 (紛失・盗難・不明) 2. 破損 (印字のかすれを含む) ※保険証を添付して下さい。 3. その他 ()							
滅失の場合はその場所	1. 自宅 2. 自宅以外 () → 警察への届出必須							
警察への届出状況	有・無	届出先	警察署	届出日	令和	年	月	日
滅失又は破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							

◎被保険者証の破損のための再交付申請であるときは、破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)

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いたしました。今後は十分取扱いに注意いたします。
 なお、この被保険者証・高齢受給者証を発見した時は、ただちに返納いたします。滅失した保険証等によって保険給付等に
 事故が発生した場合は一切の責任を負います。 令和 年 月 日 被保険者氏名

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 [①通知カードの写し] [②個人番号記載の住民票の写し] [③個人番号カード(両面)の写し]のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、[運転免許証の写し]または[パスポートの写し]のいずれか1点を添付してください。

令和 年 月 日提出
 上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出します。
 事業所所在地
 事業所名称
 事業主氏名
 電話

受付日付印

社会保険労務士の提出代行

常務理事	事務長		担当

トップグループ健康保険組合 理事長 殿