

健康保険 高齢受給者証 滅失 破損 再交付 申請書

※該当箇所に☑してください。

個人番号（被保険者等記号・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。																				
被保険者等 記号番号	-		被保険者 氏名	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 平成									
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	年	月	日	<input type="checkbox"/> 平成								
	フリガナ			続柄			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 平成								
	フリガナ			続柄			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 平成								
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	No										
滅失又は破損した ときのその状況	※できるだけ具体的にご記入ください																			

◎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。

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、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、高齢受給者証を発見した時は、ただちに返納いたします。滅失した高齢受給者証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	

令和 年 月 日提出
上記のとおり被保険者から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

社会保険労務士の提出代行

トップグループ健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

常務理事	事務長		担当