

健康保険 各種証再交付申請書

証の再交付が必要な場合

【提出日】令和 年 月 日

係	事務長	常務理事	処理欄
---	-----	------	-----

被保険者欄	被保険者等 (左づめ)	記号 [][]	番号 [][][][][][][][]	氏名 (フリガナ)		
	会社名				電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 () 内線 ()
	事業所・所属					

再交付が必要な 証の種類	再交付が必要な方の			再交付 の理由
	氏名	生年月日	続柄	
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証	(フリガナ) -----	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他
滅失および破損の状況 (詳細に記入してください)				

特定疾病受療証の再交付の 場合(希望送付先)	上記被保険者欄に記入した(会社・事業所・所属)と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。〔特定疾病受療証の再交付のみ〕			
	住所	(〒)	(都道府県)	
	電話番号	TEL	()	
	宛名			

被保険者記入欄	誓約事項(再交付申請の理由が「滅失」の場合にご記入ください。)			
	1. 各種証の保管及び取扱いには十分に留意し、再び、滅失することのないようにいたします。 2. 滅失した各種証により健康保険組合に損害をおよぼす場合は、私が損害賠償の責を負います。 3. 滅失した各種証を発見したときは、すみやかに発見した各種証を健康保険組合に返却いたします。			
	九州電力健康保険組合 理事長 殿		令和 年 月 日	
			被保険者住所 ----- 被保険者名 -----	

〔備考〕
被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。

受付日付印
