

(該当する□標題にレ印をしてください)

高齢受給者証 限度額適用認定証
 特定疾病療養受療証

滅失・き損届
 再交付申請書

常務理事	部長	課長	係長	係

◎再交付申請の理由が、き損(破損)の場合は、その証カードを添付してください。

被保険者証		被保険者の氏名	
(記号)	(番号)		
被保険者の住所			
〒		Tel ()	
申請対象となる方	被保険者(本人が保持している証カード)		要・否
	被扶養者(家族が保持している証カード)		再交付の要否
	氏名	生年月日	
		昭平令 年 月 日	要・否
		昭平令 年 月 日	要・否
	昭平令 年 月 日	要・否	
	昭平令 年 月 日	要・否	

申請の理由(該当する番号に○)

1 滅失・き損(破損)のため
滅失・き損(破損)した年月日と場所(わかる範囲で) (令和 年 月 日) (場所) その状況 () 被保険者証を滅失・き損(破損)いたしましたが、今後は十分注意いたします。 なお、滅失した被保険者証を発見した時は、直ちに返納いたします。 被保険者氏名
2 盗難による滅失のため ※悪用されるケースも想定されますので、警察への連絡・届出をおすすめします。
被害にあった年月日と場所 (令和 年 月 日) (場所) その状況 ()
3 その他(下記に理由をご記入願います。)

令和 年 月 日 提出

受付日付印

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出します。
 なお、今後は証を滅失またはき損(破損)することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	()