

健康保険 高齢受給者証

き 損

滅 失

再交付申請書

担当者	事務長	常務理事

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 提出

被保険者等 記号・番号	1— 2345	紛失者氏名	中日 一二三	続柄	本人
被保険者が勤務 している事業所	中日新聞社	事業所所在地	愛知県名古屋市中区三の丸一丁目6番1号		
申請理由（発生日、場所、状況等できるだけ詳細に） 〇〇〇〇〇					

〈 念 書 〉 滅失による再交付申請の場合

上記に記載したとおり、健康保険被保険者証を滅失したことに相違ありません。

紛失、盗難に伴い貴組合に損害を与えた場合は責任を負います。

発見した場合は、すみやかに返納いたします。

上記のとおり申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

〒

住 所 〇〇県〇〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号

被保険者氏名 中日 一二三

日中対応可能な  
電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

\*滅失による再交付申請の場合、再発行まで2週間ほどお時間がかかります。