

決 裁	常務理事	事務長			担当	担当

オオゼキ健康保険組合理事長 殿

健康保険  被保険者証  高齢受給者証 **滅失・毀損（破損）再交付申請書**

↑該当する証にチェックしてください。

※下記太枠内について、漏れなく記入して下さい。

提出年月日

令和 年 月 日

被保険者証の	記号	番号	所属	氏名	
(該当項目に○)	1	被保険者（本人が保持している証カード）			
	2	被扶養者（家族が保持している証カード）		※該当の続柄にチェックして、( )内に続柄の詳細をご記入下さい。	
		①	氏名	続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		②	氏名	続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
③	氏名	続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
申請の理由	滅失・き損（破損）した年月日、場所、その状況について（詳しく記入してください） 日時： 令和 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ 場所： 状況：				
	警察への届出状況	届出先	警察署	届出日 令和 年 月 日 受理No.	
	上記の申請書に記載したとおり、 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 を滅失しました。今後は取扱いに十分注意します。 なお、被保険者証・高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納します。 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				
証の再交付について		<input type="checkbox"/> 再交付願います。		<input type="checkbox"/> 再交付の必要はありません。	

※ 被保険者のマイナンバー記載欄（任意）

（被保険者証の記号番号を記載した場合は記入不要です。）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

（①個人番号記載の住民票の写しと運転免許証（写）またはパスポート（写） ②個人番号カード（両面）の写し ③①②いずれか1点

※ 紛失した場合や盗難にあった場合は、すみやかに健康保険組合および警察への届出をお願いします。また、個人信用情報機関が設けている本人申告制度\*のご利用をおすすめします。万が一、保険証が第三者に不正使用された場合、健康保険組合では一切責任を負いかねます。

\*本人申告制度・・・身分証明書の紛失や盗難にあったことなどの情報を個人信用情報機関に登録することで当該機関の加盟会社が与信審査をより慎重におこなうことができるようにする制度

※手続方法などの詳細は、直接、個人信用情報機関へお問い合わせください。

事業主の証明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。	
	確認欄	【必須】以下の内容を確認して <input checked="" type="checkbox"/> してください。
	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
		① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。
		② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
事業所 所在地 名称 事業主 氏名 電話番号	事業主受付日 令和 年 月 日 担当者名	

受付印
オオゼキ健康保険組合 2021.4.1改版