

常務理事	事務長	課長	係

## 健康保険被保険者証

## 再交付申請書 滅失・き損等届

被保険者証の記号番号		記号	フリガナ		性別				
		番号	被保険者氏名		印 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
勤務先事業所名	生年月日		年月日	社員番号					
被保険者の住所	住所 都道府県					TEL			
再交付申請の対象となる者	被保険者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	原因 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	届書の種類 <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 喪失	備考	
		上記に同じ			本人				
	被扶養者欄				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 喪失	
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 喪失	
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 喪失	
再交付申請の理由 (1か2に✓印)	<input type="checkbox"/> 1 滅失のため		滅失・盗難の場合、第三者に悪用されることも考えられますので、警察へ連絡・届出をお勧めします		<input type="checkbox"/> 2 き損（破損）または住所などの記載余白がなくなった				
	滅失・き損（破損）した年月日と場所（判る範囲で） 令和 年 月 日 場所								
	滅失・き損（破損）に至った状況（できるだけ詳細に）  被保険者証を滅失・き損（破損）致しましたが今後は十分に注意します。 (滅失した被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。)								
上記のとおり再交付を申請いたします。					令和 年 月 日				
オリパス健康保険組合理事長 殿									
上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付の申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。									
令和 年 月 日									
事業所	所在地								
	名称								
	事業主名								
	電話								
確認欄	以下を確認した場合は被保険者本人の捺印が省略できます。 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記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。								
<input type="checkbox"/>									
注意	滅失による再発行は有料です。 <input type="checkbox"/> はクリックするとチェック"レ"が入ります。 き損または住所などの記載余白がなくなったときは、その被保険者証を添付してください。 備考欄には続柄の「その他」他必要なメッセージをご記入ください。尚、被保険者証の記号番号に代えて 個人番号により申請する場合（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）にも、備考欄に記載してください。 個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス（ <input type="checkbox"/> ）」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。（委任する場合 <input checked="" type="checkbox"/> ）					受付日付印			