健康保険 資格情報のお知らせ 減失・き損 再交付申請書

常務理事	事務長		処理者

◎ この届出は、資格確認書や被保険者証、資格情報のお知らせ、高齢受給者証を
 ◎ 滅失・き損したために再交付を受ける場合に提出してください。
 ◎ 再交付希望種別、原因に○をつけてください。

健康保険被保険者		被保険者の氏名		生年月日			性別	資格取得年月日	平・令 年	月	日
記号	番号			昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	令	年	月 日
								再交付年月日	令	年	月 日
被保険者の住所								備考			
〒 - TEL ()											

再交付希望者（該当番号に○）	1	被保険者(本人)		資格確認書 資格情報のお知らせ 高齢受給者証		
	左記に該当する家族の氏名	2	被扶養者(家族)			
		氏名	生年月日		種別	原因
			昭和 平成 令和	年 月 日	資格確認書 資格情報のお知らせ 高齢受給者証	滅失 き損
			昭和 平成 令和	年 月 日	資格確認書 資格情報のお知らせ 高齢受給者証	滅失 き損
	昭和 平成 令和	年 月 日	資格確認書 資格情報のお知らせ 高齢受給者証	滅失 き損		

該当番号に○	1	滅失のため (警察署へ届出てください。遺失届または盗難届)
	2	き損のため (き損の資格確認書、被保険者証、資格情報のお知らせ、高齢受給者証を添付してください。)
再交付申請の理由		
滅失・き損に至った状況(できるだけ詳細に記入してください)		
事由発生年月日： 令和 年 月 日		
この届書のとおり滅失・き損いたしました。今後は取扱いに十分注意いたします。 なお、滅失した書類を発見したときは、ただちに返納いたします。		
被保険者氏名 _____		

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので提出いたします。
 なお、今後は滅失・き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	()

令和 年 月 日 提出 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

全日本理美容健康保険組合