

健康保険証再交付申請書

常務理事	事務長	担当

太枠内をご記入ください。 ※ は該当される箇所には○をつけてください。

記号	番号	事業所名	所属
減失・き損者	<input checked="" type="radio"/> 本人 ・ <input checked="" type="radio"/> 被扶養者		ふりがな
			被保険者氏名
紛失き損年月日	年	月	日
			生 年 月 日 昭和 平成 年 月 日

該当者が被扶養者の場合ご記入ください。↓

ふりがな	続柄	生 年 月 日	ふりがな	続柄	生 年 月 日
氏名		昭和 平成 令和 年 月 日	氏名		昭和 平成 令和 年 月 日
ふりがな	続柄	生 年 月 日	ふりがな	続柄	生 年 月 日
氏名		昭和 平成 令和 年 月 日	氏名		昭和 平成 令和 年 月 日

健康保険証を紛失・盗難によりなくされた場合は、必ず警察署へ届け出てください。届出警察署及び届出年月日と受理番号を必ずご記入ください。

届出警察署	受理番号	届出年月日	年	月	日

健康保険 ① 被保険者証 ・ 限度額適用認定証 ・ 高齢受給者証
 上記のとおり に付き再交付を申請します。

② 減失 ・ き損

なお、健康保険証を紛失したことにより、大阪読売健康保険組合に費用が発生した場合には、私が責任を持って賠償します。また健康保険証発見の場合は直ちに返納します。

年 月 日
 大阪読売健康保険組合理事長殿

被保険者住所 〒 -
 電話番号 - - 携帯番号 - -
 氏名

き損の場合はき損された健康保険証を必ず添付してください。

2021.4月改定

備考	
----	--

受付日付印

事業主記入欄	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	() 番

社会保険労務士記入欄