

## 被保険者証等 再交付申請書

証種別 いずれかに○	再交付 の有無  どちらかに○	必要（紛失・破損）←どちらかに○ 破損の場合、破損した保険証を添付して下さい
被保険者証 ・ 高齢受給者証 ・ 限度額適用認定証		不要（退職・転出時など再交付不要の場合）

被保険者証		マイナンバー記入欄(記号番号を記入した場合は不要です)
記号	番号	

被保険者氏名	生年月日
	昭和・平成 年 月 日

所属事業所	
-------	--

該当者氏名	生年月日	続柄
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	

## 始末書

(紛失経過を記入して下さい。)

なお、当被保険者証に関する一切の責務は私の責任をもって処理いたします。

紛失した被保険者証を発見した場合は直ちに返却いたします。

以上

令和 年 月 日

住所

事業所名

事業主

森永健康保険組合 殿

健保使用欄	健保受付・認定年月日	常務理事	事務長	担当者	保険証交付日		
					令和		
					回収不能 減失処理	再交付 入力	
					証回収 (破損等)	保険証 交付	