

常務理事	事務長	課長	合議	係

健康保険 証関係 滅失 再交付申請書

①～⑭は被保険者が記入してください。

※ 記入方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。

① 記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。				② 被保険者氏名							
1234 400		※記載の場合は添付書類（裏面参照）が必要です。				(氏) 健康		(名) 太郎					
③ 生年月日			④ 資格取得年月日			⑤ 被保険者住所							
5.昭 7.平 9.令	年	月	日	5.昭 7.平 9.令	年	月	日	〒 121 - 1212 滋賀県〇〇市〇〇町〇番地 〇〇マンション103号 電話番号 111 (22) 3333					
0	3	0	5	2	5	0	6	0	4	0	1		
⑥ 対象者の氏名			⑦ 生年月日			⑧ 続柄	⑨ 届出理由	⑩ 滅失・き損した証 (該当するものに✓をつけてください)	⑪ 再交付 (希望の場合✓をつけてください)	⑫ 資格喪失日			
(氏) 健康 太郎			(7.平 9.令) 0 3 0 5 2 5			本人	滅失・き損	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input checked="" type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 裏面の1.に該当する為、再交付を希望する。	年 月 日			
(氏) 健康 正			(5.昭 7.平 9.令) 2 8 1 0 1 3			父	滅失・き損	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input checked="" type="checkbox"/> 裏面の1.に該当する為、再交付を希望する。	年 月 日			
(氏)			7.平 9.令				滅失・き損	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 裏面の3.に該当する為、再交付を希望する。	年 月 日			
(氏)			5.昭 7.平 9.令				滅失・き損	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 裏面の4.に該当する為、再交付を希望する。	年 月 日			

⑬ 滅失・き損したときの状況 令和6年12月7日、外出先にて限度額適用認定証等の入った鞆を紛失しました。警察に届出済ですが、まだ見つかっていません。

⑭ (滅失の場合は記入) 誓約書
このたび上記のとおり滅失してしまいましたが、後日発見した時は直ちに返納いたします。なお、滅失した証が不正に使用され、損害が発生した場合は私が一切の損害を補償することを誓約いたします。
上記のとおり届出いたします。 住所 滋賀県〇〇市〇〇町〇番地 〇〇マンション103号
令和 6 年 12 月 10 日 (被保険者) 氏名 健康 太郎

⑮ 事業主の証明欄	上記のとおり、滅失（き損）したことを証明します。 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。	
	令和 6 年 12 月 13 日	事業所所在地 滋賀県〇〇市〇〇町〇-〇
	滋賀県農協健康保険組合理事長 様	事業所名称 〇〇農業協同組合 事業主氏名 代表理事理事長 〇〇 〇〇

確認決定印 受付印

常務理事	事務長	課長	合議	係

健康保険 証関係 滅失 再交付申請書

①～⑭は被保険者が記入してください。

※ 記入方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。

① 記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。				② 被保険者氏名				
1234 400		※記載の場合は添付書類（裏面参照）が必要です。				(氏) 健康		(名) 太郎		
③ 生年月日			④ 資格取得年月日			⑤ 被保険者住所				
5.昭 7.平 9.令	年	月	日	5.昭 7.平 9.令	年	月	日	〒 121 - 1212 滋賀県〇〇市〇〇町〇番地 〇〇マンション103号 電話番号 111 (22) 3333		
030525		060401								
⑥ 対象者の氏名		⑦ 生年月日			⑧ 続柄	⑨ 届出理由	⑩ 滅失・き損した証 (該当するものに✓をつけてください)	⑪ 再交付 (希望の場合✓をつけてください)	⑫ 資格喪失日	
(氏) 健康 太郎		030525			本人	滅失・き損	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 裏面の1.に該当する為、再交付を希望する。	7年1月1日	
(氏) 健康 花子		050110			妻	滅失・き損	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 裏面の1.に該当する為、再交付を希望する。	7年1月1日	
(氏)						滅失・き損	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 裏面の3.に該当する為、再交付を希望する。	年 月 日	
(氏)						滅失・き損	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 裏面の4.に該当する為、再交付を希望する。	年 月 日	
⑬ 滅失・き損したときの状況		マイナ保険証に切り替えた後、保険証と資格確認書はいらないと思って破棄してしまいました。								
⑭ (滅失の場合は記入) 誓約書										
このたび上記のとおり滅失してしまいましたが、後日発見した時は直ちに返納いたします。なお、滅失した証が不正に使用され、損害が発生した場合は私が一切の損害を補償することを誓約いたします。										
上記のとおり届出いたします。 住所 滋賀県〇〇市〇〇町〇番地 〇〇マンション103号										
令和 6 年 12 月 27 日 (被保険者) 氏名 健康 太郎										

⑮ 事業主の証明欄	上記のとおり、滅失（き損）したことを証明します。 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。								
	令和 7 年 1 月 6 日			事業所所在地 滋賀県〇〇市〇〇町〇-〇					
	滋賀県農協健康保険組合理事長 様			事業所名称 〇〇農業協同組合			事業主氏名 代表理事理事長 〇〇 〇〇		

確認決定印

受付印