

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

※ 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					
		※記載の場合は添付書類（裏面参照）が必要です。					(氏)		(名)			
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	〒				
					電話番号 ( )							
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)	(名)		5.昭 7.平 9.令	年	月	日	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1.に該当する為、再交付を希望する。		年 月 日
(氏)	(名)		5.昭 7.平 9.令	年	月	日	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2.に該当する為、再交付を希望する。		年 月 日
(氏)	(名)		5.昭 7.平 9.令	年	月	日	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)	(名)		5.昭 7.平 9.令	年	月	日	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												
⑭ (滅失の場合は記入) 誓約書												
<p>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。</p> <p>上記のとおり届出いたします。住所</p> <p>令和 年 月 日 (被保険者) 氏名</p>												

⑮ 事業主の証明欄	<p>上記のとおり、滅失（き損）したことを証明します。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業所所在地</p> <p style="text-align: right;">事業所名称</p> <p style="text-align: right;">事業主氏名</p> <p style="text-align: right;">滋賀県農協健康保険組合理事長 様</p>
-----------	--

確認決定印

受付印

## (届出を要する場合)

1. 高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証を滅失・き損により再交付が必要なときに提出してください。

●ただし、再交付は以下に該当する場合に限ります。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードを返納した者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

※被保険者証の再交付はできません。

※資格確認書の再交付が必要なときは「資格確認書（再）交付申請書」にて申請してください。

2. 被保険者の資格喪失時または、被扶養者の削除時に有効な被保険者証・資格確認書・高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証を添付して返納することができないときに提出してください。

## (記入の方法等)

①～⑤欄を記入してください。

※「滅失」したときは、⑥～⑩、⑬、⑭欄を記入してください。

※「き損」したときは、⑥～⑩、⑭欄を記入してください。

また、き損した証を添付してください。

※「滅失」または「き損」により再交付を希望する場合は、⑪をよく読んで✓をしてください。

再交付は限度額適用認定証および特定疾病療養受療証に限ります。

※ 被保険者の資格喪失時または、被扶養者の削除時に提出するときは、⑥～⑩、⑫～⑭欄を記入してください。

事業主は、⑮欄に証明し健保組合へ申請してください。

- ◆ 申請書に被保険者のマイナンバーを記載した場合 ◆  
(被保険者の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記載は不要です。)
- ・本人確認書類
    - マイナンバーカード（個人カード）をお持ちの場合  
マイナンバーカードの表面・裏面の両方のコピーを添付してください。
    - マイナンバーカードをお持ちでない場合  
以下の添付書類①②を申請書に添付してください。
      - ①個人番号確認書類の写し いずれか1点
        - ・通知カード
        - ・住民票（マイナンバー記載のあるもの）
        - ・住民票記載事項証明書（マイナンバーの記載のあるもの）
      - ②身元確認書類（顔写真付きの身分証の写し） いずれか1点
        - ・運転免許証
        - ・パスポート
        - ・その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー