

甲信越信用組合健康保険組合 御中

健康保険被保険者証
高齢受給者証
特定疾病療養受療証
健康保険限度額適用認定証

紛失届・再交付願

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険証		(被保険者氏名)				
	記 号		番 号				
	事業所名		住 所	〒 ー			
			TEL ()				
	紛失した内容	該 当 者	氏 名		生 年 月 日		続 柄
					S・H・R 年 月 日		
					S・H・R 年 月 日		
					S・H・R 年 月 日		
					S・H・R 年 月 日		
			S・H・R 年 月 日				
事 由		該当項目に○を付けて理由等を記入してください。 1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 特定疾病療養受療証 4. 健康保険限度額適用認定証 紛失理由： 上記理由により返却できません。 なお、紛失証が不正に使用され健康保険組合に損害が生じた場合は本人負担とします。					
※再交付 1. 希望する 2. 希望しない							
事 業 所 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明いたします。 令和 年 月 日 〒 ー 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 ()						
	健 保 記 入 欄	交 付 日	令和 年 月 日		常 務 理 事	事 務 長	係
備 考		(資格喪失日) 令和 年 月 日					