

事業主記入欄	適用事業所記号		
	所在地	年 月 日	
	名称 事業主氏名 電話番号		

健保使用欄				
常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

(該当欄にチェック☑をつけること)

- 健康保険被保険者証・高齢受給者証再交付申請書(☐滅失 ☐き損 ☐余白なし)
- 健康保険被保険者証・高齢受給者証滅失届

被 保 険 者 記 入 欄	所属部課名(略称)				所属電話番号				
	被保険者の記号・番号								
	記号		番号						
	申請対象者	申請対象者氏名		申請対象者生年月日			申請するものに○		
				年号※	年	月	日	健康保険証 ・ 高齢受給者証	
	申請対象者	申請対象者氏名		申請対象者生年月日			申請するものに○		
				年号※	年	月	日	健康保険証 ・ 高齢受給者証	
	申請対象者	申請対象者氏名		申請対象者生年月日			申請するものに○		
				年号※	年	月	日	健康保険証 ・ 高齢受給者証	
滅失・き損年月日				滅失・き損場所					
年 月 日 ・ 不明									
警察への届出				警察への届出日					
有 ・ 無		(警察名)		年 月 日					
申請理由 (詳細に記入)									

※「年号」は和暦の頭文字を記入  
昭和→S 平成→H 令和→R 等

◇ 被保険者証を滅失した場合は次の誓約書へ記名してください。

誓約書	
滅失した被保険者証が見つかった又は事情により返却不能となっていた被保険者証が回収できたときは、すみやかに返却します。また、滅失した被保険者証の不正使用が発覚したときは、貴組合へすみやかに連絡します。	
年 月 日	被保険者氏名(記名)

<注意事項>

受付日付印

1. 太枠内を記入してください。
2. き損および余白なしによる申請の場合、「被保険者証」を添付してください。
3. 盗難や屋外で滅失し警察に届出をした場合は警察名と届出日を記入してください。
4. 滅失した「被保険者証」が見つかった場合、旧「被保険者証」を返却してください。
5. 不正使用目的で故意に再交付を行ったことが判明した場合は東芝健保が負担した医療費・健診費用などを請求させていただきます。

<本申請書並びに本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません>