ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合理事長　殿

常務理事	事務長	担当

健康保険 高齢受給者証 [✓ 限度額適用認定証] 再交付申請書
兼　資格確認書　滅失・毀損届

被保険者が記入するところ

被保険者等記号番号	記号　○○○○ 番号　○○○○	生年月日	[✓ 昭和] 平成	5 1 年 0 7 月 3 1 日	資格取得年月日	[✓ 平成] 令和	2 6 年 0 4 月 0 1 日
被保険者氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎	被保険者住所	〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○町1-1-1 電話　○○　（　○○○○　）　○○○○				
所属事業所及び部署	○○○○○○○○○　△△△部 電話○○○（○○○）○○○○　（内線○○○）						
提出理由（該当するものに○を）	1．滅　失　：　[✓ 紛失]　・　盗難　・　資格喪失時（退職等）（喪失年月日　　年　　月　　日） 2．毀　損						
再交付を（該当するものに○を）	[✓ 1．] 希望する 2．希望しない						
再交付希望者又は滅失した者の氏名	①	フリガナ　ケンポ　ハナコ 健保　花子	続柄	妻	生年月日	[✓ 昭和] 平成 令和	5 0 年 0 8 月 3 1 日
	②	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日
	③	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日
滅失または毀損したときのその状況	※できるだけ具体的にご記入ください 旅行先で財布ごと紛失。						
警察への届出状況	[✓ 有] ・　無	届出先	○○○○○○　警察署	届出日	令和　1　年　5　月　1　日		

資格確認書・高齢受給者証・[✓ 限度額適用認定証]滅失届（滅失の場合のみ記入）

上記の申請書に記載したとおり、資格確認書・高齢受給者証[✓ ・限度額適用認定証]（以下「受給者証等」という）を滅失しました。
今後は取扱に十分注意し、これらの受給者証等を発見したときは、ただちに返納します。
なお、滅失した受給者証等によって保険給付等に事故が発生したときには一切の責任を負います。

令和　1　年　5　月　1　日　　　被保険者氏名　健保　太郎

（毀損の場合のみ記入）

<<添付書類>>
チェック☑を入れて、本申請書と一緒にご提出ください。
□毀損した受給者証等

事業所の証明

上記の申請について相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話

令和　1　年　5　月　1　日提出

受付日付印

備考欄	個人番号（被保険者等記号番号を記入した場合は記入は必要ありません）	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードのコピー（表面）　②個人番号記載の住民票の写し　③個人番号カードのコピー（両面）のいずれか１点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー　又は　パスポートのコピー　のいずれか１点	

社会保険労務士の提出代行記載欄