

常務理事	事務長	担当

健康保険 高年齢受給者証 再交付申請書（任意継続者用）
限度額適用認定証

兼 被保険者証・資格確認書 減失・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 99	番号 〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成	5	1	0	7	3	1	資格取得 年月日	平成 令和	2	6	0	4	0	1	
	フリガナ	ケンボ タロウ			被保険者 氏名	健保 太郎			被保険者 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇										
	提出理由 (該当するものに○を)	1. 減 失 : 紛失 ・ 盗難 ・ 資格喪失時 (退職等) (喪失年月日 年 月 日)																		
	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 減失した者の氏名	①	フリガナ	ケンボ ハナコ			続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	5	0	0	8	3	1				
		②	フリガナ				続柄		生年月日	昭和 平成 令和										
		③	フリガナ				続柄		生年月日	昭和 平成 令和										
減失または毀損した 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	〇〇〇〇〇〇			警察署	届出日	令和	1	年	5	月	1	日					

被保険者証・資格確認書・高年齢受給者証 限度額適用認定証減失届（減失の場合のみ記入）
上記の申請書に記載したとおり、被保険者証・資格確認書・高年齢受給者証・限度額適用認定証（以下「受給者証等」という）を減失しました。 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、減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

《添付書類》 チェック☑を入れ、ご確認のうえ申請書と一緒にご提出ください ↓ ☑被保険者の本人確認書類（免許証の写し等）	令和 1 年 5 月 1 日提出 受付日付印
《提出先》 ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合	

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
-----	--