

【提出先】
〒510-8552 三重県四日市市川尻町100番地
JSR健康保険組合 適用担当

任 健康保険被保険者証再交付申請書 兼 滅失届

係	事務長	常務理事

下記のとおり、届出いたします。

提出日	令和 年 月 日	*A4用紙で印刷し、太枠内について事実を正確に記入下さい。訂正がある場合は二重線で抹消し、訂正印を押印下さい。(鉛筆での記入不可、裏紙印刷不可)				
被保険者証の記号番号		被保険者の氏名		生年月日	対象の証	対象者
記号	20	番号	(氏) (名)	年 月 日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	(氏名:) (続柄:) (氏名:) (続柄:) (氏名:) (続柄:)
被保険者の現住所			勤務する事業所名称		申請の事由	
〒 都道 区市 府県 郡 TEL() -			任意継続被保険者		<input type="checkbox"/> 滅失(盗難を含む) <input type="checkbox"/> 毀損・・・被保険者証を添付 <input type="checkbox"/> 無余白・・・被保険者証を添付	

滅失・毀損の場合のみ記入	
いつ	左記事由のとおり私の不注意により被保険者証を紛失、毀損いたしました。 なお、万一この被保険者証を第三者が使用したことにより生じた医療費につきましては、 全額責任をもって返納することを誓約いたします。 また、今後、被保険者証の取り扱いおよび保管につきましては充分注意するとともに、 紛失の場合で、紛失した被保険者証を発見しました際は直ちに発見した保険証を返納 いたします。 令和 年 月 日 JSR健康保険組合 理事長 殿
何処で	
誰が	
詳しい 状況	

この申出書を、以下の添付書類と一緒に当健康保険組合まで提出してください。

・被保険者の運転免許証(写)またはパスポート顔写真面(写) ※被保険者と対象者が異なる場合は、対象者の運転免許証(写)またはパスポート顔写真面(写)も添付してください。

・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

※健保処理欄

健保受付日付印	保険証返送
	<input type="checkbox"/> 回不 <input type="checkbox"/> 交付

JSR健康保険組合