

限度額適用認定証  
 高齢受給者証  
 特定疾病療養受療証

再交付申請書

|                                                                                                                |                             |                |  |             |             |                |             |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|--|-------------|-------------|----------------|-------------|-------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>の<br>記<br>入<br>欄                                                                           | 記号番号                        | 記号             |  | 被保険者<br>氏 名 |             | 生年月日           | 年    月    日 |             |
|                                                                                                                |                             | 番号             |  |             |             |                |             |             |
|                                                                                                                | 再交付を<br>希望する<br>者の氏名        | 氏            名 |  | 生 年 月 日     |             | 氏            名 |             | 生 年 月 日     |
|                                                                                                                |                             |                |  | 年    月    日 |             |                |             | 年    月    日 |
|                                                                                                                |                             |                |  | 年    月    日 |             |                |             | 年    月    日 |
|                                                                                                                |                             |                |  | 年    月    日 |             |                |             | 年    月    日 |
| 再交付を申請<br>する理由                                                                                                 | 該当するものに○印                   |                |  |             | 発 生 日       | 場    所         |             |             |
|                                                                                                                | 滅 失    ・    き 損    ・    盗 難 |                |  |             | 年    月    日 |                |             |             |
|                                                                                                                | 状<br><br>況                  |                |  |             |             |                |             |             |
| 上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。<br>なお、被保険者証を発見したときは、ただちに返納するとともに、この滅失した被保険者証により貴組合が損失を受けた場合は、責任をもって全て賠償することを誓約いたします。    |                             |                |  |             |             |                |             |             |
| <div>令和            年    月    日            被保険者住所</div> <div>氏名</div> <div>電話番号</div> <div>日本触媒健康保険組合理事長殿</div> |                             |                |  |             |             |                |             |             |

|                                 |                                                                                             |  |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 事<br>業<br>主<br>の<br>記<br>入<br>欄 | 上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。<br>なお、今後は健康保険被保険者証を滅失または、き損することのないよう周知徹底をはかります。 |  |
|                                 | 令和            年    月    日            事業主住所                                                  |  |
|                                 | 名称                                                                                          |  |
|                                 | 氏名                                                                                          |  |
| 日本触媒健康保険組合理事長殿                  |                                                                                             |  |

|                            |         |             |      |     |   |
|----------------------------|---------|-------------|------|-----|---|
| 組<br>合<br>の<br>記<br>入<br>欄 | 資 格 取 得 | 年    月    日 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|                            | 資 格 喪 失 | 年    月    日 |      |     |   |
|                            | 発 見 日   | 年    月    日 |      |     |   |

受付印