コムシスホールディングス健康保険組合　御中

常務理事	事務長	担当者

該当のものに✓してください

☐限度額適用認定証　☐特定疾病療養受療証　滅失・き損　☐高齢者受給者証　再交付

申請書

被保険者情報			
被保険者等の	記号　－　番号	生年月日	
	XX　－　XXXXXX	S·H·R　XX年　XX月　XX日	
氏　名	フリガナ　ケンポ　ヨシオ 健保　良男		
住　所	〒　XXX　－　XXXX 東京都〇〇区〇〇4-5-6　マークウエスト708	日中連絡の取れる電話番号 090-XXXX-XXXX	

資格情報等で記号と番号を確認してください。

再交付該当者情報				
提出理由（該当するものに〇）	1. 紛失 2. き損・かすれ 3. 盗難 4. 罹災			
該当者（該当するものに〇）	1. 被保険者分　2. 被扶養者分	再発行を（該当するものに〇）	1. 希望する　2.希望しない	
該当者が被扶養者の場合記入	該当者氏名	続柄	生年月日	
	健保　花子	子	S・H・R　XX　年　XX　月　XX　日	
			S・H・R　年　月　日	
滅失·き損したときの状況	※出来るだけ具体的にご記入ください ●月●日に病院で提示後、見当たらず。病院に聞いたが届出なし。			

紛失したのが被保険者だけの場合は１に〇。その場合は「該当者が被扶養者の場合記入」欄は記入不要

誓約書

上記の申請書に記載した通り、限度額適用認定証·特定疾病療養受療証·高齢者受給者証を滅失しました。
今後は取扱いに十分注意し、発見したときは、直ちに返納するとともに、万が一このために損害が生じた場合は、一切の責任を負います。

令和　XX　年　XX　月　XX　日　　被保険者氏名（自署）　健保　良男

事業主の証明

令和　　年　　月　　日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電　　話

この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
①申請者（被保険者）本人が作成したものである。
②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認したものである。

事業主が確認した場合に〇で囲んでください　確　認

コムシスホールディングス健康保険組合
受付印