

常務理事	事務長		扱	者

健康保険 限度額適用・標準負担減額認定証 特定疾病療養受領証 滅失・毀損 再交付申請書

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名				
被保険者 生年月日	昭和 平成	年	月	日			
被保険者 現住所	〒 ー 都道府県				TEL ー ー		
滅失・毀損した者	氏名	生年月日	性別	続柄	原因	再交付	
	滅失・毀損した証						
	昭和 平成 令和	年	月	日	1. 男 2. 女	1. 滅失 (紛失・盗難) 2. 毀損 (破損) ※毀損した場合、【毀損した証】 を添付してください。	1. 要 2. 不要
	1. 限度額適用・標準負担減額認定証 2. 特定疾病療養受領証						
滅失・毀損した事由	滅失・毀損した 年	月	日	滅失・毀損した 場	所		
	滅失・毀損した状況 (できるだけ詳細に)						
	警察への届け出の有無 [なし ・ あり → 届出書の種類 : 遺失物届 ・ 盗難届 ・ 被害届] 届出書の提出先 [警察署名 : 届出日 : 年 月 日 受理番号 :]						
	【再交付申請の場合】 ビックカメラ健康保険組合理事長 殿 今後は十分注意するとともに、滅失した証を発見した場合はただちに返却致します。 なお、滅失した証が不正使用された場合は、責任をもって弁償することを誓約致します。 年 月 日 被保険者氏名 _____						

受付日付印