

代筆・代理申請不可

常務理事	事務局

該当項目に☑を入れて下さい

(該当に☑を入れる)

各認定証 再交付申請書(滅失 き損)

- 健康保険限度額適用認定証
- 高齢者受給者証
- 特定疾病療養受療証

帝人グループ健康保険組合 理事長 殿

※記号・番号が不明の場合は空白でも可

令和 5 年 4 月 1 日 提出

記号・番号	1234 - 1234567	被保険者氏名	帝人 太郎	社員番号	12345
所属会社・部署	〇〇会社 〇〇課			所属TEL	××× - ×× - ××××
現住所	〒 123 - 4567	TEL(×× - ×× - ××××)	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日
	〇〇県〇〇市〇〇〇〇丁目〇番地				

「再交付を希望する人」

氏名・フリガナ	続柄	生年月日
テイジン ハジメ	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 56 年 3 月 31 日
帝人 一		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
証を滅失または き損した方の氏名を記入してください。		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日

再交付を希望する理由
(滅失した場所や、き損させた理由などをできるだけ詳しく記入してください)

財布に携帯していた。
先日病院にかかった際に窓口へ提出し、返還してもらい財布に戻したが、
本日まで探したが見当たらない

※紛失した認定証等が見つかった場合は、見つかった認定証等を
すみやかに返却ください。