

再交付・紛失申請書

※資格確認書(被保険者証)・資格情報のお知らせ・高齢受給者証用の申請書

西武健康保険組合理事長殿

会社名	所属名	記号	番号	被保険者氏名

健保 使用欄
常務理事
事務長
取扱者

申請内容(どちらか選んで○)			申請理由(該当番号に○)		
再交付		紛失	<p>1. 紛失・盗難のため ※「保険証・資格確認書」は悪用される危険性があるため、必ず警察へ届け出てください。 ・警察に届出した日 令和 年 月 日 ・届出した場所 _____ 警察署・交番・() ・届出受理番号 No. _____</p> <p>詳しい状況を記入(いつ・どこで・いつまで手元にあったか・保管場所など)</p> <p>2. 破損・汚損のため(資格確認書等を添付)</p> <p>3. その他()</p>		
申請の対象者		対象を選んで○			
被保険者 (本人)	フリガナ	※マイナ保険証使用の場合記入不可			
	氏名	資格確認書			
	生年月日	性別			資格情報のお知らせ
昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	高齢受給者証			
被扶養者 (家族)	フリガナ	※マイナ保険証使用の場合記入不可			
	氏名	資格確認書			
	生年月日	性別	資格情報のお知らせ		
	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	高齢受給者証		
	フリガナ	※マイナ保険証使用の場合記入不可			
	氏名	資格確認書			
生年月日	性別	資格情報のお知らせ			
昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	高齢受給者証			

【事業主の証明】

※紛失したものを後日発見したときは、発見した古い方をご返却ください。

事業所
所在地
名称
事業主名

事業所押印欄	所属押印欄

健保使用欄 受付印