

被保険者証 高齢受給者証 限度額認定証
(滅失・破損)再交付 申請書

Insurance Card・Elderly Insurance Certificate・Certificate of Eligibility for Ceiling-Amount Application Loss, Damage, Re-issuance Application Form

常務理事	事務長	担当

再交付を希望する場合は、毀損した被保険者証を添付してください。
If you wish to reissue it, please attach the damaged insured card.

提出日 Date submitted	年Year 2020	月Month 12	日Day 31	被保険者証 Insurance Card	記号 Code	1	番号 Number	123456789	社員番号 Employee ID Number	123456789
被保険者 The insured person	氏名 Name	アマゾンジャパンケンコウホケンクマイ			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和(Showa) <input type="checkbox"/> 平成(Heisei) <input checked="" type="checkbox"/> A.D.(西暦)			氏名(Name) アマゾンジャパン健康保険組合		
	住所 Address	〒 151 — 0055			電話 090 (6948) 9999			生年月日 Date of Bath	年Year 1954	月Month 31
〒 151 — 0055 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-15 ハイアットリージェンシー東京 B-204										

被保険者確認欄(必ずチェック) Insured person confirmation(Always check)	<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者(申請者)本人が記入し、内容に間違いありません Completed by the insured person (applicant) and the content is correct
--	-------------------------------------	---

提出理由 Reason for application	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 Loss <input type="checkbox"/> 破損 Damage <input type="checkbox"/> その他 Other	紛失・破損等をした時の状況(具体的に記入) Status of card/certificate at the time of loss or damage (Please enter specific details)
公園で子供と遊んでいて、気が付いたら財布ごとなかった。		

該当者 Qualified person	氏名 Name	アマゾン 太郎	生年月日 Date of Bath	証の種類 certificate type	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証 Insurance card <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 Elderly Insurance Certificate <input type="checkbox"/> 限度額認定証 Certificate of Eligibility for Ceiling-Amount Application
			<input type="checkbox"/> 昭和(Showa) <input checked="" type="checkbox"/> 令和(Reiwa) <input type="checkbox"/> 平成(Heisei) <input type="checkbox"/> 西暦(A.D.)		
該当者 Qualified person	氏名 Name		生年月日 Date of Bath	証の種類 certificate type	<input type="checkbox"/> 健康保険証 Insurance card <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 Elderly Insurance Certificate <input type="checkbox"/> 限度額認定証 Certificate of Eligibility for Ceiling-Amount Application
			<input type="checkbox"/> 昭和(Showa) <input type="checkbox"/> 令和(Reiwa) <input type="checkbox"/> 平成(Heisei) <input type="checkbox"/> 西暦(A.D.)		
該当者 Qualified person	氏名 Name		生年月日 Date of Bath	証の種類 certificate type	<input type="checkbox"/> 健康保険証 Insurance card <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 Elderly Insurance Certificate <input type="checkbox"/> 限度額認定証 Certificate of Eligibility for Ceiling-Amount Application
			<input type="checkbox"/> 昭和(Showa) <input type="checkbox"/> 令和(Reiwa) <input type="checkbox"/> 平成(Heisei) <input type="checkbox"/> 西暦(A.D.)		

申請書に記載したとおり、被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証を滅失しました。今後は取扱に十分注意し、これらの証を発見したときは、ただちに返納します。The Insurance Card, Elderly Insurance Certificate, or Certificate of Eligibility for Ceiling-Amount Application has been lost as indicated in the application above. In the future I will handle it more carefully and if I find these cards/certificates I will return them immediately.

事業主欄	<input type="checkbox"/> 被保険者に届出の意思を確認しました。
------	---

事業主	所在地	
	名称	
	事業主名	
	電話番号	

社会保険労務士	
---------	--

