常務理事	事務長	係

健康保険 □被保険者証 □高齢受給者証 □限度額適用認定証　再交付申請書　兼　滅失届

被保険者証の記号・番号	記号		番号		被保険者氏　名		性別	男・女
資格取得年月日	年　月　日				生年月日（和暦）	年　月　日		

対象者	□　被保険者			理由	1.滅失　2. 無余白　3. 毀損
	□　被扶養者	氏名		理由	1.滅失　2. 無余白　3. 毀損
		氏名		理由	1.滅失　2. 無余白　3. 毀損
		氏名		理由	1.滅失　2. 無余白　3. 毀損
		氏名		理由	1.滅失　2. 無余白　3. 毀損
滅失・毀損の事由（詳しく記入）	日時:				
	場所:				
	状況:				

（証発見の際の返納誓約）

上記申請書に記載の滅失しました被保険者証・高齢受給者証・限度額認定証を発見したときは、直ちに返納いたします。

年　月　日

〒　－

被保険者 住所

氏名

日本信号健康保険組合理事長殿

証の交付について	□再交付を申請します　□再交付の必要はありません

事業所所在地　〒　－

事業所名称

事業主氏名

電話