常務理事	事務長	担　当

被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証（滅失・毀損・紛失）届 並びに 再交付申請書

被保険者の記入する欄	被保険者証	記号		氏名	㊞	生年月日	昭和 平成　年　月　日
		番号					
	事業所名称					資格取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
	届出の原因	1．滅失・毀損　2．紛失 3．その他（　　）				再交付希望の有無	有　・　無
	届出の理由						
	交付する保険証等の種別	1．被保険者証(本人)　2．被保険者証(家族) 3．高齢受給者証　4．限度額適用認定証				再交付の対象者氏名(家族のとき)	（　　）

事業主の記入する欄

被保険者証については、申請者本人であることを確認した資料に☑をして下さい。
（確認資料の添付は必要ありません）

☐運転免許証　☐パスポート　☐住民票　☐その他（　　）

上記の申請について、相違ない事を証明します。

令和　　年　　月　　日

古河健康保険組合理事長 殿

名 称
事業主
氏 名　　㊞

健保組合記入欄	再交付年月日	令和　　年　　月　　日
	備　　考	

※滅失・毀損の場合は、保険証を添付して下さい。

※資格喪失時に返却できない場合の届出のときは、「届出の理由」欄にその旨を記入して下さい。

※任意継続者は、本人確認資料として運転免許証、パスポート、住民票など何れかの写しを添付して下さい。