

事業所番号

健康保険被保険者証
高齢受給者証
特定疾病療養受療証

紛失届
毀損届

再交付申請書

(健康保険証は再交付できません)

被保険者(申請者)

事業所名

ENEOSグループ健康保険組合

(提出日)
令和 年 月 日

マネージャー	担当者
--------	-----

常務理事	事務長	担当者
------	-----	-----

私(申請者)は、保険者証発行の確認に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。

被保険者	記号	番号	紛失・毀損の理由			※ 紛失・毀損の理由を詳しく記載してください。	
氏名						※ 屋外で紛失の場合は警察へご連絡ください。 令和 年 月 日警察へ届け済み	
所属							
現住所							
再交付申請者氏名	続柄	性別	生年月日	同居・別居	紛失・毀損した証の種類 (該当にレ点)	※届書提出後の回収日	
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	同・別	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証 } 再交付		
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	同・別	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証 } 再交付		
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	同・別	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証 } 再交付		
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	同・別	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証 } 再交付		
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	同・別	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証 } 再交付		

- 令和6年12月2日以降、健康保険証を紛失・毀損された場合は、再交付できません。
- 健康保険証の紛失・毀損は、マイナ保険証のご利用をお勧めします。

証再交付年月日	備考	事務処理	
		台帳	証
令和 年 月 日交付			

受付日付印

<個人情報保護関係>情報の管理方法等は、当健保組合ホームページに詳細が掲示されています。