常務理事	事務長	担当

被保険者証
高齢受給者証　滅失・毀損
再交付　申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得年月日	平成	年	月	日	
	被保険者氏名と印	フリガナ ㊞	被保険者住所	〒 電話　（　　）									
	所属事業所												
	提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅　失　：　紛失　・　盗難　・　保険証更新　・　資格喪失時（退職等） (喪失年月日　　年　　月　　日) 2. 毀　損											
	再交付を (該当するものに○を)	1. 希望する　　2. 希望しない											
	該　当　者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分　　2. 被扶養者分											
	該当者が被扶養者の場合記入	①	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成	年	月	日			
		②	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成	年	月	日			
		③	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成	年	月	日			
	滅失または毀損したときのその状況	※できるだけ具体的にご記入ください											
	警察への届出状況	有　・　無	届出先	警察署	届出日	平成　　年　　月　　日							

◎被保険者証の毀損のための再交付申請であるときは、毀損した被保険者証を、この申請書に添付してください。

被保険者証・高齢受給者証滅失届（滅失の場合のみ記入）

上記の申請書に記載したとおり、被保険者証・高齢受給者証（以下「保険証」という）を滅失しました。今後は取扱に十分注意し、これらの保険証を発見したときは、ただちに返納します。
なお、滅失した保険証によって保険給付等に事故が発生したときには一切の責任を負います。

平成　　年　　月　　日　　被保険者氏名　　㊞

事業所の証明	上記の申請について相違ないことを証明します。 平成　　年　　月　　日 事業所所在地 事業所名称　　印 事業主氏名 電話

平成　　年　　月　　日提出
受付日付印

GE健康保険組合理事長　殿