

記入日 令和 6年 5月 10日

健康保険一部負担金等免除証明書 再発行申請書

記号 - 番号	事業所名		被保険者名	
1 - 1234 ※1	〇〇株式会社		健保 太郎	
再発行する申請者が 被保険者の場合	氏名	健保 花子	生年月日	平成 3年 12月 5日
再発行する申請者が 被扶養者の場合	氏名		生年月日	年 月 日
再発行申請事由の発生日	令和 6年 5月 5日			
再発行申請の事由	医療機関で使用した後、保管場所を決めていなかった為紛失した。			
上記の通り再発行請求いたします。				
〒123-7891				
被保険者 住所 愛媛県四国中央市三島朝日 123				
氏名 健保 太郎				
電話 (080) 1234 - 5678				

※1. 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。