

健康保険被保険者証 再交付申請書

(紛失 ・ き損 ・ 住所欄無余白)

常務理事	事務長	担当者



被保険者証	記号	フリガナ	被保険者の氏名 (印)
	番号			
被保険者の現住所	〒 _____ 電話 (_____) _____			
被保険者の性別・生年月日	男・女	昭和・平成	_____ 年 _____ 月 _____ 日生	
職場または事業所	_____ 電話 (_____) _____			
紛失の原因				
	※ 必ず記入してください。			
再交付を申請する該当者 ()内は続柄	氏名	性別	生年月日	
	()	男・女	明治・大正	年 月 日
	()	男・女	昭和・平成	年 月 日
	()	男・女	明治・大正	年 月 日
	()	男・女	昭和・平成	年 月 日
()	男・女	明治・大正	年 月 日	
()	男・女	昭和・平成	年 月 日	

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出

- 注
- 1) 標題の「紛失」、「き損」、「住所欄無余白」のうち該当する文字を○印で囲んでください。
 - 2) 「き損」、「住所欄無余白」のための再交付申請であるときは、被保険者証を添付してください。
 - 3) 被保険者証の再交付を受けた後、紛失した被保険者証が発見された場合は、発見された被保険者証を健康保険組合へ返還してください。
 - 4) 「紛失」、「き損」により再交付申請する場合、天災地変等やむを得ない事情による場合を除き、再交付手数料として再交付件数にかかわらず一申請一律500円を徴収いたします。(原則として給料控除)
 - 5) 紛失された被保険者証は、クレジットカードのように記号・番号を停止・変更することはできません。
盗難や自宅以外で紛失した場合は、警察署に届出してください。

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。 なお、被保険者証を紛失または、き損した場合は、今後このようなことがないように十分指導いたします。	
事業所所在地	
事業所名称	
代表者氏名	(印)

健康保険組合
受付印

ご記入いただいた個人情報は、再交付の申請手続きにのみ利用させていただきます。