

伺 年 月 日	令和	年	月	日
決 議 年 月 日	令和	年	月	日
資 格 取 得 日	昭・平	年	月	日
被保険者証の記号 番号	記号		番号	

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者証再交付申請書

申請日 : 令和 年 月 日

申請者	被保険者の氏名				社員NO	
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	所属コード
再交付該当者	氏名	性別	続柄	生年月日	備考(希望納期、送付先等)	
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
再交付の理由		<input type="checkbox"/> 滅失(盗難 <input type="checkbox"/> 遺失 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> 紛失) <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 住所欄無余白 <input type="checkbox"/> その他()				

*滅失の場合は、必ず以下の項目もご記入願います。

滅失状況届	被保険者証を 滅失した日	令和 年 月 日	返納並びに保管注意義務履行の誓約 ・今後、十分保管に注意し、二度と かかることのないようにいたします。 ・再交付後に被保険者証を発見した ときはただちに旧被保険者証を 返納いたします。 以上、誓約いたします。 氏名 印
	被保険者証を 滅失した場所		
	被保険者証を滅失した 状況(詳しく)		
警察への届出状況		届出済(受理番号) 未届出(その事由)	

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

所在地
事業主
(会社) 名称
代表者

●再交付手数料について

- 再交付の理由が「滅失」または「き損」の場合は、**再交付手数料として1枚につき500円**をいただきます。
- 再発行手数料は、給与天引き(任意継続は口座振込)とさせていただきます。
- ただし住所の余白(裏面)がなくなった時は、再交付手数料はかかりません。

●添付書類

- 「き損」のときは、き損した健康保険被保険者証
- 「住所欄無余白」のときは、無余白となった健康保険被保険者証

※ 事業主(会社)の欄は、申請者の記載不要です。

受付印