

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	岡村太郎			社員NO	9999
	生年月日	昭	平・令	45年8月8日	所属コード	99299
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)	
	岡村花子	女	妻	昭和50年7月7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 checked="" 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	令和元年5月20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 <u>岡村太郎</u>
	被保険者証を滅失した場所	路上	
	被保険者証を滅失した状況(詳しく)	医療機関に通院中、落としてしまったと思われま。	
警察への届出状況	届出済(受理番号 456-789)	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

健保1-010-0