

健康保険被保険者証 再交付申請書

※再交付申請には手数料**1,000円**が必要です。申請書に1,000円を添えてご提出ください。
(無余白再交付は手数料不要です)

※き損、無余白の再交付申請には現在の被保険者証を添付してください。

| | | | |
|--------------|------------|----|--|
| 記入日 令和 年 月 日 | | | |
| 被保険者証 記号 | | 番号 | |
| 被保険者氏名 | 昭・平 年 月 日生 | | |

再交付する方

| | | | |
|---|--|------|--|
| フリガナ 氏名 昭・平・令 年 月 日生 | 下記いずれかに✓をしてください <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 無余白（裏面記入欄） | | |
| 状況を詳しくご記入ください（日時や場所なども記入のこと） ※警察への届出は紛失の場合のみ必要です。 | | | |
| ★必須 警察受理番号 | 警察署 | 受理番号 | |
| 下記の該当項目□に✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 被保険者証を発見した場合、直ちに発見した被保険者証を返却します。 <input type="checkbox"/> 被保険者証が万一悪用されても、健保組合には一切迷惑をかけません。 <input type="checkbox"/> 今後、被保険者証の保管には十分留意し、大事に取扱います。 <input type="checkbox"/> この申請は、申請者本人が記入(確認)しました。 | | | |

| | |
|-------|--|
| 事業所確認 | |
| | |

以下は健保組合使用

受付印

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |