

再交付申請書と千円を
一緒にご提出ください。

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

被保険者証の上部に印字され
ている数字をご記入ください。
番号の枝番は記載不要です。

記入日	令和 ××年 ××月 ××日		
被保険者証 記号	9999	番号	9999999
被保険者氏名	日発 太郎 昭・平 ××年 ××月 ××日生		

再交付する方

再交付の理由を選択
してください。

フリガナ	ニッパツ ユメコ	下記いずれ
氏名	日発 夢子	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失
	昭・平・令 ××年 ××月 ××日生	<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)

××月××日に学校のクラブで他校に練習試合に行った際に紛失した。

保険証はいつも財布にしまっており、財布ごと紛失した。

※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	12345
---------------	-----	-----	------	-------

下記の該当項目□に✓をしてください。

- 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。
- 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。
- 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。
- この申請は、申請者本人が記入(確認)しました。

事業所確認	
担当印	担当印

以下は健保組合使用

受付印

常務理事	事務長	担当者