

# 被保険者証再交付申請書

常務理事	担 当



被保険者が記入する欄	提出日	令和	年	月	日	被保険者が記載内容に誤りがないことを確認しました <input type="checkbox"/>				
	被保険者証	記号				番号				
							事業所 (会社)名	所 属		
	氏名						生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成             年 月 日		
		(〒 - ) 電話( - ) -								
	住所									
	申請対象者	被保険者本人		続柄 ( 本 人 )						
		被扶養者(家族)		① 続柄 ( )						
				② 続柄 ( )						
事由発生日	令和	年	月	日	警察へ の届出	令和	年	月	日	受付番号
警察署へ届出										
申請理由	該当する理由に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損(現物を添付のこと) <input type="checkbox"/> その他									
	(理由)									
上記理由につき、再交付の申請をいたします。ついては、今後取扱いに十分注意するとともに、旧被保険者証を発見した場合は直ちに返却することはもちろん、悪用された場合も含め、貴組合には一切ご迷惑をおかけいたしません。										
被保険者氏名										

上記のとおり申請がありましたので提出します。

なお、今後は被保険者証を滅失することがないように十分指導いたします。

令和 年 月 日 提出

事業所 所在地

事業所 名 称

事業主 氏 名

<注意事項>

1. 自宅以外で滅失した場合は警察署が発行する「盗難届受理票」のコピーを添付し、受付番号等をご記入ください。
2. 理由によっては再発行手数料(1枚につき500円(税込))が必要です。証の交付は、手数料の入金確認後になります。

※ 健保が記入する欄	
請求書発行	(No. )
	令和 年 月 日
入金確認	令和 年 月 日
再交付日	令和 年 月 日