

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 3 年 10 月 10 日					
	被保険者証	記号	番号	事業所 (会社)名	ABC D株式会社		
		999	999999				
	氏名	健保 太郎			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 62 年 6 月 3 日	
						<input type="checkbox"/> 平成	
	住所	(〒 559-XXXX) 電話 (06) - 0000 - XXXX					
		大阪市住之江区0001-2-3					
	申請対象者	被保険者本人	健保 太郎			続柄 (本人)	
		被扶養者(家族)	①				続柄 ()
			②				続柄 ()
事由発生日	令和 3年 9月 20日	警察への届出	令和 3年 9月 26日	受付番号			
			000 警察署へ届出	123123			
申請理由	該当する理由に✓をお願いします。 <input checked="" 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) 病院で使用後見当たらず、警察に届けたが見つからなかったため						
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 健保 太郎							

上記のとおり申請がありましたので提出します

事業主が証明し、健康保険組合へ提出します。

<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	令和 年 月 日 (No.)
入金確認	令和 年 月 日
再交付日	令和 年 月 日