

# 健康保険被保険者証再交付申請書

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

|                  |                  |         |     |
|------------------|------------------|---------|-----|
| 健康保険被保険者証の<br>記号 | 健康保険被保険者証の<br>番号 | 被保険者の氏名 | 性別  |
|                  |                  | ⑨       | 男・女 |
| 被保険者の生年月日        |                  | 被保険者の住所 |     |
| 元号               | 年 月 日            | 〒       |     |

|                  |
|------------------|
| 再交付が必要な理由        |
| 紛失・毀損・※盗難・その他( ) |

| 再交付する者の氏名 | 生年月日     | 性別  | 続柄 |
|-----------|----------|-----|----|
|           | 元号 年 月 日 | 男・女 |    |
|           | 元号 年 月 日 | 男・女 |    |
|           | 元号 年 月 日 | 男・女 |    |

|  |
|--|
| 再交付をする理由(詳細に)  |
| いつ頃(最後に証を使用または見かけた日など) : 年 月 日頃<br>証をなくしたと思われる場所: 自宅内、その他( )<br>証がなくなった(または毀損した)原因<br>.....<br>.....<br>※盗難による再交付の場合は必ず警察に届け出て下さい。<br>届出日: 令和 年 月 日 届出受付番号: _____<br>届出警察署名: _____ |

令和 年 月 日提出

|  |
|--|
| 上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。<br>なお、今後は健康保険被保険者証を減失または毀損することのないよう十分に指導いたします。 |
| 事業所所在地 〒<br>事業所名称<br>事業主氏名 ⑨<br>電話 ( 局) 番  |

／ 受付日付印 \

- 再交付は有料です。保険証カード1枚につき1,000円を添付して下さい。
- 毀損・無余白の場合は保険証を添付して下さい。

|           |                |     |      |    |
|-----------|----------------|-----|------|----|
| 健保<br>使用欄 | 再発行手数料         | 受領日 | 伝票番号 | 担当 |
|           | ¥1,000x 名分 = ¥ |     |      |    |