

健康保険 被保険者証 再交付申請書 (保険証カードを再交付して欲しい時)

- * 滅失の場合は、別紙 《滅失届》 も添付してください。
- * 毀損の場合は、毀損した保険証カードも添付してください。
- * 経年劣化等による印字の消失・かすれで読めない場合は、無償で再交付します(健保組合で判断します)。
対象の保険証カードも添付してください。
- * 再交付した保険証カードと一緒に請求書をお送りしますので、指定口座へ1,000円/人をお振込みください。
(振込手数料もご負担ください)

*太枠内をすべて記入し、事業所担当者に提出してください

| | | | | |
|----------------|------------------|-------------|----------------|----|
| 被保険者の記号番号 | 11 - 999999 - 00 | 被保険者の生年月日 | | |
| 被保険者の氏名 | 健保 太郎 | 昭和・平成 | 0年 | 2月 |
| 申請理由を○で囲んでください | 滅失・ 毀損 | 毀損の場合は理由を記入 | 誤ってハサミで切ってしまった | |
| 該 当 者 | 氏名 | 続柄 | 氏名 | 続柄 |
| | 健保 花子 | 妻 | | |
| | 氏名 | 続柄 | 氏名 | 続柄 |
| | | | | |

| | |
|-------------------|--|
| 事業主の証明 | 令和 0 年 3 月 1 日 |
| | 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。 今後は健康保険被保険者証を滅失または毀損することのないように十分指導いたします。 |
| | 所在地 ○○○○○2-2-2 |
| | 名称 ○○○○株式会社 |
| | 事業主氏名 ○○ ○○ |
| 電話番号 ○○(○○○○)○○○○ | |

受付日付印

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