

健康保険 被保険者証 再交付申請書

下記の通り申請します。 年 月 日 提出

被保険者情報
被保険者証記号 被保険者証番号 氏名 (フリガナ) 生年月日 年 月 日
住所 (〒 -) 電話番号(日中の連絡先) TEL ()

再交付が必要な方
Table with 4 columns: 氏名, 続柄, 生年月日 (年 月 日), 備考

再交付の申請理由
紛失(滅失) 破損 その他
紛失・破損の状況
発生日時 発生場所 状況

誓約書 (紛失の場合)
私は、本申請書に記載した通り、被保険者証を紛失いたしました。万一、該当被保険者証が不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合、その一切の責任を負うことを誓約いたします。
被保険者(本人自署)

* 被保険者証は、クレジットカードと異なり、紛失などの際に使用を停止することができません。紛失等の場合は、悪用される恐れがありますので、最寄りの警察署に届出てください。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

再交付申請枚数 枚 再交付費用(1,000円×枚数) 円

事業主欄
事業所所在地 (〒 -)
事業所名称
事業主名
電話 TEL ()

※ 任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。
※ 再交付後に紛失した被保険者証が発見された場合には、必ず発見した被保険者証を健康保険組合に返納してください。この場合、手数料の返戻はありませんので、ご了承ください。

健保記入欄
再交付手数料領収日 年 月 日 被保険者証の返納があった場合の返納日 年 月 日

常務理事 事務長 担当