

健康保険 被保険者証(保険証) 等 再交付申請書

被保険者 文書メール No	—
------------------	---

ご注意 保険証を紛失したときは、早急に警察に届出をして下さい。なお、紛失した保険証の悪用を阻止する手だては現在のところありません。

令和	年	月	日	提出
----	---	---	---	----

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険被保険者証 記号・番号(右づめ)	記号	番号	フリガナ 氏名				性別 男・女	
	被保険者 現住所	〒 — (TEL:)			生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	勤務先 (所属・連絡先)	(TELNET・TEL:)			再交付が必要な方の番号を囲んで下さい。 ※2、3を選択した方は下の家族欄に再交付対象者を記入 1. 被保険者用(本人) 2. 被扶養者用(家族) 3. 両方				
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 (下の再交付理由にチェック)	<input type="checkbox"/> 健康保険 高齢受給者証 (再交付料不要)			フリガナ 家族氏名	生年月日	続柄	性別	
健康保険証 再交付申請理由 <input checked="" type="checkbox"/> に	<input type="checkbox"/> 紛失 (再交付料 1,000 円 (税込) / 枚: 給与控除) ・紛失の状況を詳しく記入してください (届出日: 月 日 届出先: 警察署、警察受付 No.)			申請対象 被扶養者(家族) 記入欄	昭和 平成 令和	年 月 日		男・女	
	<input type="checkbox"/> 破損 (再交付料 1,000 円 (税込) / 枚: 給与控除) ・破損した保険証を添付してください				昭和 平成 令和	年 月 日		男・女	
	<input type="checkbox"/> 印字かすれ (再交付料免除) ・印字かすれした保険証を添付してください				昭和 平成 令和	年 月 日		男・女	
	<input type="checkbox"/> 盗難・火災・自然災害など (再交付料免除) ・盗難届受理証明書、り災証明書 等、第三者が証明した書類のコピーを添付してください (コピーの添付が無い場合、再交付料を徴収します)				昭和 平成 令和	年 月 日		男・女	
事業主 証明欄	上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。 令和 年 月 日				常務理事	事務長	マネージャー	証 No.	受付年月日
	事業主 所在地 名称 氏名				主任	担当		入力日	