

健康保険被保険者証

毀 損
滅 失

再交付申請書

常務理事	事務長	担 当

健康保険者証の記号		健康保険者証の番号		被 保 険 者 の 氏 名				生 年 月 日				性別	資格取得年月日								
				(氏)		(名)		大:2		年		月		日	男:1		年		月		日
								昭:3							女:2						
								平:4													
申請事由を下記から選択								申請事由の詳細記入													
1 毀損（割れ、汚れ、印字不明瞭等） 2 無余白 <small>* 上記申請事由が1または2の場合は、当該被保険者証を添付する事。</small> 3 紛失・盗難・天災 《警察への届出有》 () 署 受理NO.() <small>* 上記申請事由が3の場合は、届出受理NOを記入する事。</small> 4 紛失・盗難・天災 《警察への届出無》 5 その他 () <small>* 上記申請事由が4または5の場合は、再交付手数料として1枚につき壱千円を添付し書留にて送付する事。</small>								<small>(何時、何処で)</small> <small>(誰が、誰に)</small> <small>(何をして、どうなったか)</small>													
誓約		後日、被保険者証を発見したときは、ただちに事業主を通じて健康保険組合に返納致します。 (上記の申請事由で 1 毀損 2 無余白 の場合は誓約不要) 万一紛失した被保険者証が不正に使用された場合は、私の責任範囲内で返金義務を負うことを誓います。 (氏名) _____ (印)																			
		氏 名				生 年 月 日				性別	続柄	原因	住 所								
再交付申請の対象者	(氏)	(名)	大:2		年		月		日	男:1		毀 損:1	〒								
			昭:3							女:2		滅 失:2									
	(氏)	(名)	大:2		年		月		日	男:1		毀 損:1	〒								
			大:2							女:2		滅 失:2									
	(氏)	(名)	大:2		年		月		日	男:1		毀 損:1	〒								
			昭:3							女:2		滅 失:2									
			平:4																		

* 太枠部分を記入の上、事業主経由にて提出

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届出いたします。
 なお、今後は被保険者証を毀損又は滅失することのないよう、被保険者を指導し周知徹底に努めます。

平成 年 月 日

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

印

東 リ 健康保険組合理事長 殿

備考 ①被保険者証を毀損、無余白の場合は、当該被保険者証を添付の事。

②上記申請事由が4または5の場合は、1枚につき壱千円を添付し書留にて送付する事。