健康保険証滅失再交付等規程様式第１号

健康保険被保険者証再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の  記　号　番　号 | 記号　　　　番号 | | | 生年月日　（昭和、平成）  年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 被保険者の勤務する（していた）事業所 | 名　称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 被保険者証を滅失  （毀損）した年月日 | 平成　　年　　月　　日  令和 | | 被保険者証を  滅失した場所 | | |  |
| 滅失（毀損）した者  の氏名 |  | | 続  柄 | |  | 生年月日（昭和、平成、令和）  　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 被保険者証を滅失した事由、又は再交付を申請する事由 |  | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者（であった者）氏名  大沢健康保険組合　理事長　殿 | | | | | | |

* 滅失事由が盗難の場合は、「申請する事由欄」にその内容を記載し、盗難届を提出した届出警察署名及び電話番号、受理番号を記入ください。（紛失届とは異なりますので注意してください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　主　の　欄  上記の申請について申し出がありましたので、届出します。  令和　　　　年　　　　月　　　　日  事業所所在地  事業所名称  事業主氏名 |  | 盗難届　提出先  届出警察署名  届出警察署電話番号  盗難届受理番号 |

＜注意＞１．毀損した場合は、この申請書に毀損したカードを添付してください。

２．滅失した場合は、この申請書とともに「健康保険被保険者証回収不能・滅失届」を提出してください。

３．再交付の場合は、手数料が２，０００円かかります。（但し、盗難、火災等による場合は健保組合にご相談ください）

健康保険組合使用欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　　　　　　済 | |  | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 適用担当 |
| 交　　　　付 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |  |  |  |  |  |
| 再　交　付　手　数　料　徴　収　の　可　否　決　済 | | 可否決裁 | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 経理担当 |
| 手　　数　　料 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 徴収　　否 |  |  |  |  |