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 |  |  |  |  |