

決裁日付印

# 記入例

扱者

## 健康保険被保険者証再交付申請書

- ① 健康保険被保険者証を滅失した為の再交付申請である時は、この申請書と「被保険者証滅失届及び滅失事由を明らかにする証明書」(盗難・遺失・焼失・紛失証明書等)・滅失届・誓約書と一緒に提出して下さい。(焼失の場合のみ誓約書は不要です)
- ② き損・磨耗又は住所変更による再交付申請である時は、この申請書に健康保険被保険者証を添付して提出して下さい。
- ③ 訂正したところには氏名の脇に押した印を訂正印として使用して下さい。
- ④ \*印の欄は、記入しないで下さい。

被保険者証の							氏名		健保 太郎		性別
記号	0	1	番号	1	2	3	4	5	6	昭和・平成 48 年 8 月 8 日生	男・女
被保険者の現住所			〒 212 - 0058 川崎市幸区鹿島田〇〇-××						Tel. ×××-×××-××××		
事業所の名称			名称	不二サッシ(株)				所属	健保部		
健康保険の資格取得日			昭和・平成 7 年 4 月 1 日								
再交付を申請する理由 (できるだけ詳しく記入して下さい) ※住所変更の場合は、旧住所を記入して下さい。			再交付該当者 氏名 健保 一郎 続柄 子  自宅に保管していたつもりが、いつの間にか紛失していた。								
添付書類			滅失届・被保険者証(き損・磨耗)・証明書(盗難・紛失・火災)								

平成 22 年 4 月 1 日 提出

事業所内点検印	担当課(係)長印	事業	上記届出について、事実と相違ない事を証明します。  平成 年 月 日
	担当者印	明欄	代表者名 印  Tel. - -

事業所(勤務先)で記入しますので、  
記入しないで下さい。

再発行手数料は1枚当たり1,000円です。下記口座にお振込みいただくか、社内便(現金・重要便取り扱い事業所のみ)にて健保組合まで送付してください。尚、振込み手数料はご負担願います。手数料の入金確認ができてからの発行となります。

\*  
受付日付印

りそな銀行 川崎支店
普通口座 0222091
不二サッシ健康保険組合