

# 健康保険 被保険者証再交付申請書

健保組合提出用

令和 年 月 日提出

事業所記入欄	事業所整理記号	
	事業所所在地	届書記入の番号等に誤りがないことを確認しました。 〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	( )

--	--	--

社会保険労務士記載欄
氏名等

厚生労働省より令和元年8月30日事務連絡にて、被保険者本人による署名又は押印を省略することが出来ることになりましたが、事業所にて作成する場合は、必ず被保険者氏名を入力してください。(押印は不要)  
(注意)申請書下部の確認欄を必ず確認上、該当項目にチェック☑を入れてください。

被保険者欄	被保険者整理番号		氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒 -			取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日

再交付が必要な方	続柄	再交付が必要な方の氏名		生年月日			性別	再交付理由
	被保険者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他

申請理由(詳しく)	滅失日:令和 年 月 日 <滅失場所: >	屋外での滅失、盗難による場合届出の警察署・交番名等	届出日:令和 年 月 日

## 【 被保険者証を発見した場合の返納誓約 】

上記の届出書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、直ちに返納いたします。

被保険者氏名

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している

滅失の場合には再発行手数料が必要です。

手数料納付方法 (1枚1,000円)	口座名義人	神奈川県プラスチック事業健康保険組合			
納付方法 右欄に○印を記入 (振込手数料は 振込者負担)	郵便振替 (払込取扱票を使用)	口座番号00240-9-0074938			
	郵貯銀行払込	店番029	当座	番号 0074938	

受付印
-----