

き損(印字のかすれ、カード折損等)の場合は、毀損カード返却(交換)により、無償とします。


決裁日付印

|      |     |         |   |
|------|-----|---------|---|
| 常務理事 | 事務長 | 事務課(係)長 | 係 |
|      |     |         |   |

## 健康保険 被保険者証・高齢受給者証 滅失届 兼 再交付申請書

※太線内、丁寧に記入ください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

|                             |  |                          |   |   |  |      |
|-----------------------------|--|--------------------------|---|---|--|------|
| 被保険者名                       | 健保 太郎  |                          |   | 性別  | 生年月日   |      |
|                             |   |                          |   | <input checked="" type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 40 年 10 月 13 日<br><input type="checkbox"/> 平成 |      |
| 被保険者の現住所                    | 〒 111 - 1111 神奈川県横浜市〇〇区〇〇〇町1-1-1   |                          |   |   |  |      |
| 被保険者証の記号と番号                 | 記号   | 1000                     | 番号  | 123456  |  |      |
| 再交付申請の対象者<br>(いずれかに☑してください) | <input checked="" type="checkbox"/>  | 被保険者(本人のもの)              |   |   |  |      |
|                             | <input type="checkbox"/>   | 被扶養者(家族のもの)→下記に該当する家族の氏名 |   |   |  |      |
|                             |  | 氏名                       | 生年月日  | 続柄  | 氏名   | 生年月日 |
| 再交付申請の理由<br>(いずれかに☑してください)  | <input checked="" type="checkbox"/>  | 滅失、き損(破損)のため             | [注意事項]滅失の場合、警察への連絡・届出をおすすめします。<br>(注意事項)き損の場合は該当する保険証を添付して申請してください。<br>財布に入れて保管しておりましたが、カードが曲がってしまった。 |   |  |      |
|                             | <input type="checkbox"/>   | 盗難のため                    | [悪用されるケースも想定されますので、警察等へ必ず届け出てください。]<br>届出日: 令和 年 月 日<br>届出警察署: 届出番号:<br>盗難にあった状況(できるだけ詳細に記入してください。)   |   |  |      |
| 再交付手数料の払い込み証明書欄             | <振込控え(写)を貼付してください><br>再交付する保険証1枚につき、1,000円。但し、以下の免除事由に該当する場合は不要。<br>①盗難により、警察へ被害届を提出している場合。<br>②天災及び火災等により紛失した場合。<br>※振込後は、理由を問わず返金できません。<br>※再交付後(振込後)に旧保険証が見つかった場合は、速やかに旧保険証をご返送ください。<br>(その場合でも再交付手数料の返金はいたしません。) |                          |   |   |  |      |

上記の通り、被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。  
なお、今後は滅失又は毀損することないように十分指導いたします。

受付日付印

|        |   |
|--------|---|
| 事業所所在地 | 〒   |
| 事業所名称  |   |
| 事業主氏名  |  |
| 電話     |   |