

在職者用『健康保険被保険者証』 滅失・毀損 再交付申請書

健康保険組合		
GL	担当者	担当者

事業所担当者 確認印

＜申請書の流れ＞



【記入する前に必ずお読みください】

- 再交付は有料です。手数料は、被保険者証1枚につき（後日勤務先経由で徴収します。徴収方法については勤務先にご確認ください。）
- 再交付後の再交付手数料は、理由を問わず返金できません。
- 再交付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却ください。その場合でも再交付

保険証の「記号」「番号」を記入してください。
※不明な場合は空欄可。
再交付が必要な方の生年月日必須。

選択肢のある項目は
該当のものを○で囲んでください。

『JIS 第一水準・JIS 第二水準』以外の文字が含まれる場合は、代替文字等を

下記のとおり『健康保険被保険者証』を滅失・毀損したため再交付を申請します。

被保険者証		申請日	令和 4 年 5 月 10 日
記号	番号		
***	*****	被保険者氏名	健保 太郎

再交付が必要な方

氏名	続柄	生年月日	申請理由
健保 花子	1. 本人 2. 被扶養者(続柄: 妻)	昭和・平成・令和 50年10月20日	1. 滅失 2. 毀損
	1. 本人 2. 被扶養者(続柄:)	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 滅失 2. 毀損
	1. 本人 2. 被扶養者	申請理由が「毀損」の場合は 毀損した保険証を添付してください。	. 滅失 . 毀損

滅失・毀損の理由 (詳細に記入のこと)	医療機関受診後、再度使用するため探したが見つからず、紛失に気付いた。
------------------------	------------------------------------

記入上の注意事項	<ol style="list-style-type: none"> 楷書でわかりやすく記入してください 年号・申請理由は、該当に○を付けてください ペン又はボールペンで記入してください(鉛筆書きは不可です)
----------	---