

在職中の方は「在職者用」申請書を使用してください

健康保険組合		
GL	担当者	担当者

任継・特退用『健康保険被保険者証』

滅失・毀損 再交付申請書

【記入する前に必ずお読みください】

- 再交付は有料です。手数料として被保険者証1枚につき900円を納付(振込)してください。
- 再交付処理後の再交付手数料は、理由を問わず返金できません。
- 再交付申請書を送付した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。(その場合も再交付手数料の返金はいたしません)
- 記入欄の「記号」「番号」が分からない場合は空欄で結構ですが、再交付が必要な方の「生年月日」を必ずご記入ください。(同一世帯の被保険者・被扶養者は同じ「記号」「番号」です)

【再交付の手順】※在職中の方は「在職者用」申請書をご使用ください。発行手数料は勤務先で徴収します。

- 下記表「振込先」へ再交付手数料を振り込んでください。振込手数料はご負担ください。
 - 下記太枠内に必要事項を記入し、①の振込面を印刷)を添付のうえ、健保組合へ郵送してください。**選択肢のある項目は該当のものを○で囲んでください。** 完了画
- ※再交付の申請理由が「毀損(破損した・破損した保険証)」の場合は破損した保険証を添付

振込先	申請書郵送先
	〒250-0001 田原市扇町 2-12-1 ムグループ健康保険組合 任継・特退担当宛

保険証記載の記号・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。

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	昭和 平成・令和	1. 滅失
	2. 被扶養者(続柄: 妻)	30年 9月 15日	2. 毀損
	1. 本人	昭和・平成・令和	1. 滅失
	2. 被扶養者(続柄:)	年 月 日	2. 毀損
	1. 本人		申請理由が「毀損」の場合は
	2. 被扶養者(続柄)		毀損した保険証を添付してください。

滅失・毀損の理由 (詳細に記入のこと)	電車にバックごと置き忘れ、その後、見つからなかった。
------------------------	----------------------------

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)
----------	---