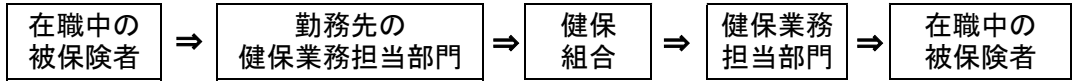


# 在職者用『健康保険被保険者証』 滅失・毀損 再交付申請書

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、900円です。  
(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手数料の返金はいたしません。
- 毀損(破損した・文字が読めない等)による申請の場合、毀損した保険証を添付してください。
- 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。)

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 年 月 日
記号	番号		
		被保険者氏名	

### 再交付が必要な方

氏名	続柄	生年月日	申請理由
	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(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(続柄: )	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 滅失 2. 毀損

滅失・毀損の理由 (詳細に記入のこと)	
------------------------	--

記入上の注意事項	<ol style="list-style-type: none"> <li>楷書でわかりやすく記入してください</li> <li>年号・申請理由は、該当に○を付けてください</li> <li>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)</li> </ol>
----------	---