

(2023.10)

健康保険  
被保険者証  
(カード様式)

滅失

毀損

再交付申請書

令和 年 月 日提出

常務理事	事務長		係

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日	
記号	番号			昭和 平成 令和	年 月 日

再交付の申請をする対象者	フリガナ 氏名	性別	生年月日			続柄	(健保記入)  <input type="checkbox"/> 0 置場所 <input type="checkbox"/> 1 外出 <input type="checkbox"/> 2 掃除 <input type="checkbox"/> 3 引越し <input type="checkbox"/> 4 医療機関 <input type="checkbox"/> 5 破損 <input type="checkbox"/> 6 盗難 <input type="checkbox"/> 7 印字不明 <input type="checkbox"/> 8 天災 <input type="checkbox"/> 9 その他
		男女	昭和 平成 令和				
		男女	昭和 平成 令和				
		男女	昭和 平成 令和				
		男女	昭和 平成 令和				

滅失したときの状況 (できるだけ詳細に記述ください)	注). 屋外での滅失、盗難の場合は下欄へも記入ください。(b:警察署/交番名) a. 届出日 令和 年 月 日 b. 届出先等:
-------------------------------	---------------------------------------------------------------------

注1. 滅失再交付の場合は被保険者証(カード様式)1枚につき¥1,000円を徴収します。

注2. 毀損の場合は必ず毀損した被保険者証を添付のこと。

※ 滅失した場合にご記入ください(自然災害を除く)

上記のとおり、被保険者証を滅失した事に相違ありません。

この被保険者証について、万一事故がありました場合は、責任を持って弁償しますとともに、今後、被保険者証の扱いについては充分注意いたしますので、再交付をお願いいたします。

なお、滅失した被保険者証を発見した時は、直ちに返納いたします。

令和 年 月 日 被保険者 氏名

カヤバ健康保険組合理事長殿

上記の通り、被保険者から被保険者証の再交付の申請がありましたので提出します。同時に、被保険者証の滅失または毀損した事に相違ないことを証明します。なお今後、被保険者証の取り扱いに充分注意するよう指導します。また当該届の次の事項について確認しました。  
・申請者(被保険者)本人が作成したこと、また記載内容について申請者(被保険者)本人が確認したこと、記載内容に相違ないこと。

事業所所在地 年 月 日  
名称  
事業主名  
(電話)

受付日付印

再交付手数料 : 有・無  
処理日 年 月 日