

健康保険被保険者証再交付申請書

常務理事	係員

健康保険被保険者証の 記号・番号		被保険者氏名・性別	男 ・ 女		
		生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令	年	月 日 生
再交付対象者氏名		対象者生年月日		続 柄	
再交付申請の事由	滅失 ・ 毀損		再交付申請事由の発生日	年	月 日
滅失・毀損時の状況					
<p>上記の通り 滅失 ・ 毀損 につき、始末書と再交付手数料(500円)を添付のうえ再交付を申請します。 今後は十分注意し、保険証を発見したときにはただちに返納します。 なお、滅失した保険証によって保険給付等に事故が発生したときには一切の責任を負います。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 被保険者 大真空健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ㊟</p>					
滅失・毀損に関する 事業主の証明	<p>上記の通り相違なきことを証明します。</p> <p>なお、今後は被保険者証の保管について十分指導します。</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>				
滅失の場合	警察届出日	年	月	日	遺失届受理番号

※毀損の場合、毀損した被保険者証を添付すること
 ※再発行の事由が盗難・天災等の不可抗力による場合は徴収対象外