

【見本】

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者証 再交付申請書 紛失 破損 無余白

被保険者証	記号	〇 〇	番号	〇〇〇〇	被保険者の氏名	椿 太郎	Ⓜ
被保険者の住所	京田辺市甘南備台 〇〇一〇〇						
再交付希望の 該当番号に 〇印をつけ、 被扶養者は 氏名も記載	1	被保険者	・ 被保険者(本人)の氏名は不要				
	2	被扶養者	・ 椿 花子		・		
			・		・		
届出の理由・届時の状況	保険証を使おうとしたが、どこにも見当たらない為						

令和 〇年 〇月 〇日提出

- ★ 紛失の際は、犯罪等へ悪用される可能性がありますので、警察への連絡・届出をおすすめします。
- ★ 紛失の場合、再発行手数料として、一枚当たり500円(+振込手数料)が必要です。入金が確認できてから事業所へ発送します。

振込先：池田泉州銀行 城東支店 普通預金 口座番号 0020208 口座名義 椿本チエイン健康保険組合

- ★ 再発行後に紛失した保険証が見つかった場合、旧の保険証は返却してください。(手数料の返金はありません)
- ★ 破損、無余白の場合、手数料は不要ですが破損した保険証は必ず返却してください。(差し替えとなります)

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。
なお、今後は被保険者証を紛失または毀損することのないよう充分指導いたします。

事業所所在地 〒 —
事業所名称
事業主氏名

Ⓜ