

受付印

滅失・毀損のいずれかに○をつけてください。

健康保険被保険者証 **滅失**・**毀損** 再交付申請書

※滅失の場合は、別紙「始末書」を添付すること。
毀損の場合は、被保険者証を添付すること。

事業所 記号	〇〇	被保険者 番号	1 2 3 4 5 6	被保険者 氏名	大和 太郎
資格取得 年月日	昭和・平成 24 年 4月 1日			事業所 名称	〇〇〇〇〇〇 (株)
再交付申請の対象となる保険証 (該当する証に○印)		本人 (被保険者)		家族 (被扶養者)	氏名: 大和 花子
再交付申請理由 (滅失等再交付申請事由の発生年月日、場所、経過説明などを具体的・詳細に記入) 令和〇〇年10月1日の帰宅途中、自宅の最寄り駅から自宅までの道中で保険証の入った財布を紛失してしま い、立ち寄った場所を全て探したが発見できなかったため。					
盗難または自宅外での紛失の場合は必ず警察署へ届け出て下さい。 令和 〇〇年 10月 1日 届出済					
再発行手数料を 令和〇〇年 10月 2日に振込みます。 ※再発行手続きは振込確認後となります					

上記のとおり **滅失**・**毀損** につき、事業主を経由し届出いたします。

滅失・毀損のいずれかに
○をつけてください。

住 所 **大阪市中央区久太郎町1-1-1**

被保険者氏名 **大和 太郎**

令和〇〇年 10月 3日

生 年 月 日 **昭**・平 50年 6月 7日生

ダイワボウ健康保険組合 御中

電 話 番 号 **01 - 2345 - 6789**

【再発行手数料】 1枚につき500円 (振込手数料: 被保険者負担)

【再発行手数料振込口座】

三井住友信託銀行 大阪本店営業部 (普) 0502565 名義: ダイワボウ健康保険組合

※振込の際、「振込人名」には、必ず「被保険者カナ氏名+被保険者番号」を入力してください。

(例) 大和太郎 被保険者番号 123456 の場合 → ダイワタロウ 123456

事業主 証明欄	上記被保険者につき詳細調査し 事実であることを証明します。 年 月 日	住 所 〒 - 事業主氏名	事業主が記入する ところです。		
組 合 処理欄	交付決定日 年 月 日	事実と認め られるから 交付してよ ろしいか	常務理事	事務長	係