

常務理事	事務長		担当

記入例

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と ころ	被保険者証 の記号番号	記号 100	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得 年月日	平成 令和	年	月	日				
		番号 1234			5	3	0	6	0	7	3	0	0	4	0	1
	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ タロウ	氏名 健保 太郎	被保険者 住所	〒 000 - 0000 ご住所をマンション名・部屋番号まで ご記入ください											
	部署名	部署名をご記入ください			携帯電話	XXX-XXXX-XXXX										
再交付理由 (該当するものに○を)	※再交付手数料として1枚につき1,500円徴収します															
	1. 滅失		滅失の場合は健康保険被保険者証滅失届も併せてご提出ください													
	2. き損		き損の場合はその被保険者証を添付してください													
該当者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分															
該当者が被扶養者 の場合記入	①	フリガナ ケンポ イチロウ	氏名 健保 一郎	続柄 長男	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	2	0	0	7	0	7	
	②	フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日							
	③	フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日							
再交付手数料	1枚 1,500円	1	枚分	1,500	円	振込予定日 (振込先下記)	令和	年	月	日	0	3	1	2	0	3

上記のとおりお届けしますので再交付願います。

※この届出は私が作成したものであり、記載内容に誤りがない事を確認しています。

令和 **3** 年 **12** 月 **1** 日 被保険者氏名 **健保 太郎**

押印は要りません。

事 業 所 の 証 明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話

受付日付印

【注意事項】

- 再交付には再交付手数料として被保険者証1枚につき1,500を徴収いたします。入金を確認後に再交付いたします。(振込手数料は本人負担となります)
- 再交付後に紛失した被保険者証が見つかった場合は、見つかった保険証を返却してください。ただし、その場合でも再交付に要した費用の返金はいたしません。

【再交付手数料 振込先】 ※振込は被保険者名でお願いします

三井住友銀行 五反田支店(653) 普通 8656231 ヒロセ電機健康保険組合