

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

受 付 日 付 印			雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC
	伺 令 和 年 月 日						
	常務理事		事 務 長			係	

令和 X 年 X 月 X 日提出			
記 号	1010	被 保 険 者 氏 名	健 保 太 郎
番 号	99999	生 年 月 日	(昭)・平 XX 年 X 月 X 日
被 保 険 者 住 所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町 1-2-3		
再 交 付 が 必 要 な 者 の 氏 名 生 年 月 日 続 柄	氏 名	生 年 月 日	続 柄
	健 保 太 郎	(昭) 平・令 XX 年 X 月 X 日	本 人
	健 保 花 子	(昭) 平・令 XX 年 X 月 X 日	妻
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
申請手数料 (1枚につき 1,000 円)		1,000 円 × 2 枚分 = 計 2,000 円	
滅失・き損の具体的理由 令和 X 年 X 月 X 日に、被保険者証の入ったカバンを電車内に置き忘れた。 (滅失・き損した時期・場所・状況など具体的に)			
＜届出した警察名＞ ○○警察署		＜受理番号＞ ○○○	
被保険者証を発見したときは、ただちに貴組合に再交付された新証を返納することを誓約いたします。			
被保険者名 健 保 太 郎			
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	(事業主の証明) 未記入のまま提出してください。 提出先：SATO 社会保険労務士法人 もしくは 各会社の健康保険担当部門 (人事・総務/担当者) *健康保険組合へ提出ではありません。提出先については各会社の健康保険担当部門 (人事・総務/担当者) へお問い合わせください。		

※き損の場合は、き損状態の現物の証を添付してください。
※滅失の場合は、警察に届出して (遺失届・盗難届) 受理番号を記入してください。
※再交付 1 枚につき手数料 1,000 円を指定口座へお振込みください。
再交付振込先 (振込手数料は本人負担です)
みずほ銀行 吉祥寺支店 (246)
普通預金 口座番号 1002453
口座名義 日本無線健康保険組合 (ニホンムセンケンコウホケンクミアイ)
※振込人欄には被保険者 (本人) 氏名の後に「サイコウフ」と入力してください。
※申請書と手数料の両方を確認次第、再交付いたします。