

# 保 険 証 再 交 付 申 請 書

健 保 組 合	
取 扱	再 査

事業所 コード	健 保 番 号 <sup>(※)</sup>	被保険者氏名 ( 氏名コード )	再 交 付 対 象 者				交 付 区 分	申 請 理 由 (いずれかに○印)	
			氏 名	続 柄	生 年 月 日				
					年 号	年			月
9		( )					3	1. 滅失 (紛失)    2. き損 3. その他 ( )	

※健保番号が不明な場合、未記入でも可 (事業所にて記入)  
 ※健保番号は、被保険者と被扶養者ともに同一番号

▶ 再交付対象者の生年月日を記入(昭和:S、平成:H、令和:R)  
 ▶ (本人・実父母・義父母・長男・長女等の区分を明確に記入)

保険証を紛失(盗難含む)または破損して再交付を受ける場合は、再交付料として1枚につき1,000円徴収致します。  
 (振込手数料は自己負担になります。)  
 振込控を裏面に貼付し、健康保険組合宛に提出下さい。  
 振込後の返金は出来ませんのでご注意下さい。

**念 書**

(滅失による再交付申請の場合はこの念書を差し入れて下さい)

- 滅失した保険証を後日発見した場合は、直ちに返却します。
- 今後、保険証の保管につき十分注意します。
- 滅失した健康保険証によって生じた一切の責任は、被保険者において負担し、貴組合に対し迷惑をかけることを約束します。

年      月      日

被保険者住所

被保険者氏名

<振込先>

銀 行 名 : みずほ銀行  
 支 店 名 : 大阪中央支店  
 預 金 種 目 : 普通  
 口 座 番 号 : 4 2 4 5 0 5 7  
 口座名義人 : ニホンセイメイケンコウホケンミアイ

◎金融機関の振込票 (またはATM入力画面) にある  
振込依頼人番号(コード)に「氏名コード」「氏名」  
を必ず入力してください

(注) 保険証の破損による再交付申請の場合はその保険証を添付して下さい。  
 念書欄の記入は不要です。

提出年月日

事業所名称

事業主氏名