健康保険被保険者証再交付申請書

<記入例>

		医冰木冰		火门司	T LA X []	中明百		
被保険者	証 フリガナ	ケ	ンポー	タロウ				
記号 123 番号 456	1次体院日	侹	保	太郎		□ 召和□ 干成□ 令和	O _年 7 _月 25 _日	
被保険者	000 - 0	000		TEL	000	(00	0) 0000	
東京都八王子市石川町○○-○○○								
□ 被保険者(本人)分						再 交 付 理 由 □滅失 □ 毀損 □ 文字消え		
☑ 被扶養者(家族)分 ※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。								
被扶養	者 氏 名		年 月	月 日		続 柄	再 交 付 理 由	
健保	花子	✓昭和○ 平成○ 令和─ 年	0	月	OO 日	妻	☑ 滅失 □ 毀損 □ 文字消え	
		□ 平成 □ 令和 年		月	日		□ 滅失 □ 毀損 □ 文字消え	
		□昭和 □平成 □令和 年		月	日		□ 滅失 □ 毀損 □ 文字消え	
再 事由が発生した年月日 事由が発生した場所								
交 令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ○○○○公園							公園	
打 事由が発生した状況(詳しく記入してください)								
□ ○○○○公園内で落とした財布の中に保険証が入っていた。								
事 警察署名称 電話番号 遺失物届出書受理番号								
-	○○○警察署	OC	(C	000	000	00	000-00	
コニカミノルタ健康保険組合 理事長殿								
上記のとおり再交付申請いたします。								
今後は滅失又は毀損することのないよう十分注意するとともに 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日提出								
滅失又は毀損した保険証を発見したときは直ちに返却いたします。 なお、この届出については、以下の要件を満たしています。								
1. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 被保険者氏名 健保 太郎								
2. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。								
上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付の申請がありましたので提出いたします。 受付日付印 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。								
事業所所在地	₹	_						
事業所名称								
事業主氏名								
電話番号		()					
	1							

注意 健康保険証は病院等で診療を受ける際に、健康保険の適用になることを証明する大切なものです。

滅失、紛失・盗難などの場合、第三者に悪用されることも考えられますので、警察へ遺失物届出をし、受理番号を記入してください。

き損・文字消えしたときは、その被保険者証を添付してください。

再交付は有料です。この申請書を提出するとともに、下記の口座へ再交付手数料(1枚につき1,000円)をお振り込みください。

(銀行の振込手数料は自己負担です。) 入金を確認次第、再交付いたします。ただし、文字消えについては無料です。

滅失した被保険者証が戻った場合は直ちにご返却ください。但し、再交付に要した費用は返却いたしません。

| 三菱UFJ銀行(0005) 八王子中央支店(226) 普通 0484039 コニカミノルタ健康保険組合 | 再交付 1 枚につき | *振込人欄には、被保険者氏名、及びカタカナで「サイコウフ」と入力してください。 | 手数料 1,000円