

健康保険組合記入欄		常務理事	事務長	担当者	担当者
再交付年月日	年 月 日				
再交付ナンバー					
備考					

健康保険被保険者証再交付申請書

再交付区分	滅失 毀損 その他 ()				
健康保険被保険者証 記号 番号	社員No.	被保険者 氏名	健保 太郎	性別	
1	1234	1234-5	生年月日	昭和 24 年 4 月 24 日	男
事業所	サカタインクス株式会社 大阪本社				
被保険者証を滅失(毀損)した年月日	平成28年12月8日				
警察への届出	有・無	盗難	遺失物	届け出日	平成28年12月9日
届出の警察署名	大阪江戸堀警察署				
再交付を申請する理由	(最後に使った日や保管状態、警察に未届の場合はその理由など詳しく) いつもパスケースに入れて携帯していましたが、12/8の帰宅時に電車に乗ろうとしたところ、パスケースが見当たらず、心当たりを探しましたが、出てきませんでしたので警察に届け出ました。取得物としての届出があればと様子を見ていましたが一週間経っても連絡がありませんので再交付を申請します。				
	滅失・毀損した者の氏名	健保 太郎			
	滅失・毀損したと思われる場所	肥後橋駅から会社界限			
	最後に使用したと思われる日	不明 ・ 平成28年9月20日頃			
	最後に使用したと思われる場所	不明 ・ さかた歯科医院			

申請日 平成28年12月16日

サカタインクス健康保険組合 理事長殿

事業主の証明	被保険者・被扶養者 したことに相違無いことを証明する。 年 月 日 住所 事業主 氏名	は健康保険の被保険者証を(滅失・毀損) ①
--------	---	--------------------------

- 注意
- 鉛筆書き、記入漏れは受け付けられません。
 - 従前の被保険者証は発見されても使用できません。早急に返却して下さい。
 - 盗難の場合、警察に被害届を出して下さい。
 - 毀損の場合は健康保険証を添付して下さい。
 - 再発行手数料の振込明細を添付して下さい。