

# 健康保険被保険者証

## 再交付申請書〔滅失・き損〕

常務理事	事務長	担当者

① 記号番号	—	② 届出の理由	滅失 き損 ⇒ 保険証を添付	
③ 被保険者名		④ 生年月日	昭和 平成	年 月 日
⑤ 資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	⑥ 資格喪失日	令和	年 月 日
*退職時に滅失していた場合ご記入ください(再交付しません)				
⑦ 勤務先 (工場名)				
⑧ 対象者	氏名	続柄	氏名	続柄
⑨ 滅失・き損 した状況  (なるべく詳細に)	※滅失・盗難の場合、第三者に悪用されることも考えられますので、警察に届出をしてください。			
<p>上記のとおり、健康保険被保険者証を(滅失・き損)いたしました。          当該健康保険被保険者証が万一、不正使用された場合は責任をもって、弁償致しますとともに今後は、          取扱いに十分注意いたします。なお、滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者 氏名</p>				

保険証の再交付には、1枚につき1,000円の再交付手数料がかかります。(振込手数料は本人負担)

☆振込人の氏名は、③欄の被保険者名に続けて①欄に記入した記号・番号を入力してください。

**【再交付手数料 振込先】 みずほ銀行 新橋支店 (普通) 1067052 横浜ゴム健康保険組合**

※再交付届を健康保険組合が受理し、入金を確認できましたら、健康保険被保険者証を再交付します。

※再交付手数料を振込んだ明細書は保険証が届くまで手元に保管願います。

※一度振込まれた再交付手数料は返金致しません。

事業主 証明 欄	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(滅失・き損)の申請 がありましたので証明します。なお、今後は健康保険被保険者証を滅失・き損す ることのないように指導いたします。	
	令和 年 月 日	
	事業所在地	〒
	事業所 名称	
	事業主 氏名	
電話番号	( )	

健保受付印