

見本(滅失)

健康保険被保険者証再交付申請書(届)

記入例(滅失)

赤文字は、被保険者が記入します。
青文字は、事業所が記入します。

被保険者証 記号・番号	〇〇 〇〇〇〇〇	被保険者 氏名 生年月日	〇 〇 〇 〇 (印) 昭 平 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	性別	男	所属長	(印)	
被保険者 住所	〇〇県〇〇市〇〇 〇〇-〇〇-〇〇		電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			係	(印)
資格取得 年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成 令和	被保険者証 滅失年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇 日					(印)
事業所の 名称	〇〇〇〇株式会社							
再交付の 対象となる者	被保険者	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因		
			上記のとおり	上記のとおり	本人	滅失 毀損 無余白		
	被扶養者	〇 〇 × × ×	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成 令和	男 女	子	滅失 毀損 無余白		
			昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		滅失 毀損 無余白	
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		滅失 毀損 無余白		
再交付を申請する理由(詳細に) 令和〇〇年〇〇月 〇日 ××病院での診察後、家の近くにあるスーパーマーケットにて買物をし、帰宅後、被保険者証を紛失していることに気づき、立ち寄った場所等に問合せをしましたが、発見できませんでした。 令和〇〇年〇〇月〇〇日に下記のとおり警察署への届出を実施しておりますが、未だ発見されておられませんので、再交付をお願いいたします。 [注意事項] 警察への遺失届は、滅失された被保険者証が第三者の手に渡らないことが確実な場合を除いて、必ず実施してください。								
滅失の場合 警察への届出	届出日: 令和〇〇年〇〇月〇〇日		警察署名: ××警察署 △△交番	受理番号: ×××				
返納の誓約	上記のとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。 氏名 〇〇〇〇 (印)							

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇 日 提出

事業所の 証明	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、上記のとおり相違がないことを証明いたします。
	なお、今後は被保険者証を滅失又は毀損することのないように指導いたします。
	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇 日
	京成電鉄健康保険組合 殿
事業所	所在地 ××県××市×××-××
	名称 〇〇〇〇株式会社
	代表者 ××××

※ 毀損・無余白にて申請される場合は、被保険者証を添付してください。

受付日

見本(毀損)

健康保険被保険者証再交付申請書(届)

記入例(毀損)

赤文字は、被保険者が記入します。
青文字は、事業所が記入します。

被保険者証 記号・番号	〇〇	〇〇〇〇〇	被保険者 氏名	〇〇〇〇	性別	男	所属長			
			生年月日	昭平〇〇年〇〇月〇〇日		女		印		
被保険者 住所	〇〇県〇〇市〇〇 〇〇-〇〇-〇〇			電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			係	印	
資格取得 年月日	昭和 平成 令和	〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者証 滅失年月日	平成	〇〇年〇〇月〇日				印	
事業所の 名称	〇〇〇〇株式会社									
再交付の 対象となる者	被 保 険 者	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因				
		〇〇〇〇	上記のとおり	上記のとおり	本人	滅失 毀損 無余白				
	被 扶 養 者		昭和 平成 令和	×年×月×日	男・女		滅失 毀損 無余白			
			昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		滅失 毀損 無余白			
		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		滅失 毀損 無余白				
再交付を申請する理由(詳細に) 令和〇〇年〇〇月〇日 被保険者証をシャツのポケットに入れたままの状態、誤って洗濯し折れてしまいましたので、再交付をお願いいたします。 令和〇〇年〇月〇日 被保険者証をズボンのポケットに入れた状態で椅子に座ったところ、折れてしまいましたので、再交付をお願いいたします。 [注意事項] 毀損・無余白にて申請される場合は、被保険者証を添付します。										
滅失の場合 警察への届出	届出日:令和 年 月 日警察署名:			受理番号:						
返納の誓約	上記のとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。 氏名 印									

令和 〇〇年 〇〇月 〇日 提出

事業所の 証明	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、上記のとおり相違がないことを証明いたします。							
	なお、今後は被保険者証を滅失又は毀損することのないように指導いたします。							
	京成電鉄健康保険組合 殿				令和 〇〇年 〇〇月 〇日			
	事業所	所在地	〇〇県〇〇市〇〇〇-〇〇〇		〇〇〇〇株式会社			印
		名称	〇〇〇〇株式会社					
		代表者	× × × ×					

※ 毀損・無余白にて申請される場合は、被保険者証を添付してください。

受付日

見本(無余白)

健康保険被保険者証再交付申請書(届)

記入例(無余白)
 赤文字は、被保険者が記入します。
 青文字は、事業所が記入します。

被保険者証 記号・番号	〇〇 〇〇〇〇〇	被保険者 氏名 生年月日	〇 〇 〇 〇 (印)	性別	男 (印)	所属長	(印)
被保険者 住所	〇〇県〇〇市〇〇 〇〇-〇〇-〇〇		電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
資格取得 年月日	昭和 平成 令和	〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者証 滅失年月日	平成	〇〇年〇〇月〇日		(印)
事業所の 名称	〇〇〇〇株式会社						
再交付の 対象となる者	被保険者	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	
		〇 〇 〇 〇	上記のとおり	上記のとおり	本人	滅失 毀損 無余白 (印)	
	被扶養者	〇 〇 × × ×	昭和 平成 令和	×年×月×日	男・女 (印)	妻	滅失 毀損 無余白 (印)
		〇 〇 × ×	昭和 平成 令和	×年×月×日	男・女 (印)	子	滅失 毀損 無余白 (印)
	〇 〇 ×	昭和 平成 令和	×年×月×日	男・女 (印)	子	滅失 毀損 無余白 (印)	
再交付を申請する理由(詳細に) 複数回による転居により、住所欄が無余白となりましたので、再交付をお願いいたします。							
[注意事項] 毀損・無余白にて申請される場合は、被保険者証を添付します。							
滅失の場合 警察への届出	届出日: 令和 年 月 日 警察署名:			受理番号:			
返納の誓約	上記のとおり被保険者証を滅失しましたが、この被 保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。						氏名 (印)

令和 〇〇年 〇〇月 〇日 提出

事業所の 証明	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、上記のとおり相違がないことを 証明いたします。
	なお、今後は被保険者証を滅失又は毀損することのないように指導いたします。
	令和 年 月 日
	京成電鉄健康保険組合 殿
	所在地 事業所 名称 代表者 (印)
	記入・押印の必要は ありません。

※ 毀損・無余白にて申請される場合は、被保険者証を添付してください。

受付日