

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

健康保険被保険者証等 減失 再交付申請書
き 損

| | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---------|---|------|----|----|----|----------|--------------------------------------|
| 健康保険被保険者証 記号 番号 | | 被保険者の氏名 | | 生年月日 | | | 性別 | 再交付の原因 | 再交付する保険証の種別 |
| | | 姓 | 名 | 昭平 | 年 | 月 | 日 | 減失 き損 | 1. 本人の本証 2. 被扶養者の本証 3. 高齢者受給者証 |
| 資格取得年月日 | | 被保険者の住所 | | | 備考 | | | | |
| 昭平 | 年 | 月 | 日 | 〒 | | | | | |
| 再交付被扶養者記載欄 | | | | | | | | | |
| 再交付被扶養者の氏名 | | 生年月日 | | | 性別 | 続柄 | 備考 | | |
| 姓 | 名 | 昭平 | 年 | 月 | 日 | 男女 | | | |
| 姓 | 名 | 昭平 | 年 | 月 | 日 | 男女 | | | |
| 姓 | 名 | 昭平 | 年 | 月 | 日 | 男女 | | | |

年 月 日 提出

上記のとおり被保険者から健康保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。
なお、今後は被保険者証を減失、又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 名 | |
| 電話 番号 | |

| | |
|--------|---|
| 記入上の注意 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 標題の「減失」「き損」の文字は該当する項目を○で囲む 2. 性別、再交付する保険証の種別は該当する文字を○で囲む 3. 被保険者との続柄は、「夫」「妻」「母」「父」「長男」「長女」「祖母」「祖父」などと詳しく記入すること 4. 減失およびき損の場合は、被保険者証減失理由書を添付すること |
|--------|---|

※再交付時の注意事項

再交付には、再交付手数料として保険証1枚につき1,000円を事前に被保険者名で振込入金をし、振込控えを添付して申請をお願いします。
但し、被災・印字薄れの場合は免除とします(備考欄へ記入してください)また当健康保険組合から再交付した場合の手数料は返還いたしません。

振込口座 ゆうちょ銀行[店番]838 普通預金[口座番号]1841341
振込先 日本ハウスホールディングス健康保険組合

日本ハウスホールディングス健康保険組合

受付印

