

# 健康保険被保険者証再交付申請書

再交付の原因(どちらかに☑)

紛失  き損

健康保険印欄	常務理事	事務長		担当者

太枠内を記入してください

令和 年 月 日

被保険者	記号	番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	氏名 (自署の場合は㊟省略可)	
	住所				
	勤務先	事業所名 (会社名)			
		所在地			
対象者	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	続柄 (本人・妻・長男等)	* 資格喪失(削除)で再交付が不要の方 <input type="checkbox"/> 再交付不要	
	①			<input type="checkbox"/> 再交付不要	
	②			<input type="checkbox"/> 再交付不要	
	事由 (日時・場所などを詳しく記載)				
始末書(紛失の方は記入)	ユアサ健康保険組合 理事長 殿				
	始末書(健康保険被保険者証紛失)				
	<p>私は、貴組合より交付された健康保険被保険者証(対象者: )を          令和 年 月 日頃、紛失いたしました。今後はこのようなことのないよう、取扱いには十分注意し、          紛失した健康保険被保険者証が見つかった場合は、直ちに返納いたします。          なお、今後第三者に使用されるなどの事故により貴組合から請求があった場合はお支払いいたします。</p> <p style="text-align: right;">以上</p>				
	警察署名	警察への届出日	受理番号		
	警察署	令和 年 月 日			

### 注意事項

再交付手数料¥500を申受けます。支払方法は事業所(会社)に確認してください。再発行が不要な場合、再交付不要に☑を入れて下さい。

- 紛失の場合
  - ・警察への届出を必ず行ってください。
- き損の場合
  - ・『被保険者証』を添付してください。

事業主証明欄	上記のとおり、被保険者より再交付の申請がありましたので届出いたします。また、被保険者証を発見したときには、ただちに返納させます。			
	令和 年 月 日			
	〒 -			
	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	㊟

健康受付印
健康確認印