

## 健康保険被保険者証再交付申請書

(滅失・き損)

健保捺印欄	常務理事	事務長		担当者

太枠内を記入してください

提出日 令和 XX 年 XX 月 XX 日

被 保 険 者 欄	被保険者証	記号	XXXX	番号	XXXX	生年月日
	氏名	健保 太郎			昭和 平成	XX 年 XX 月 XX 日
	住所	〇〇県〇〇市〇〇-〇〇				
	勤務先	事業所名	〇〇〇〇〇〇			
所在地		〇〇県〇〇市〇〇-〇〇				

滅 失 し た 人	氏名	続柄	氏名	続柄
	① 健保 太郎	本人	③	
	② 健保 次郎	長男	④	
	警察への届出日	令和 XX 年 XX 月 XX 日	受理番号	XXXXXX
	警察署名	〇〇〇警察署		
	滅失した事由 (日時・場所などを詳しく記載)	XX年XX月XX日に〇〇〇の飲食店で保険証(私・長男)の入った財布を置き忘れ、行方が分からなくなった。		

## 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。

## ●滅失の場合

・警察への届出を必ず行ってください。

・『始末書』(ユアサ健保HPよりダウンロードしてください)を添付してください。

## ●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	印			

健保受付印
健保確認印