

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 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者証	記号		番号		生年月日
	氏名				昭和 平成	年 月 日
	住所					
	勤務先	事業所名				
所在地						

滅 失 し た 人	氏名	続柄 (本人・妻・長男等)	氏名	続柄 (本人・妻・長男等)
	①		③	
	②		④	
	警察への届出日	令和 年 月 日	受理番号	
	警察署名			
	滅失した事由 〔日時・場所などを詳しく記載〕			

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