

事業所担当者（ ） <経由> →健康保険組合

太枠内を記入してください

常務理事	事務長	担当

### 健康保険被保険者証再交付申請書（兼 滅失届）

被保険者 氏名	健保 太郎	性別	男・女
		生年月日	S・H 43年2月1日
被保険者証 記号-番号	1 - 00000	資格取得年月日	S・H・R 2年3月21日
事業所名	ヤンマーパワーテクノロジー株式会社 小形事業部 出向先ではなく、在籍している事業所名を記入してください		
届出の理由 (○で囲む)	・滅失 ・き損(破損・汚損) ・その他( ) (き損の場合はこの申請書にカードを添付してください。)		
再交付を申請 する又は滅失 した理由	11/30病院からの帰宅途中に財布ごと落とし、12/1に遺失物届を提出しているが見つからない為		
	※盗難および自宅外の紛失については必ず警察へ「盗難届」、「遺失物届」を提出の上、受理番号を記入してください。		
	届出先警察署名	届出受理番号	00000
申請する 該当者	氏名	続柄	性別
	健保 元気		男・女
			生年月日
			S・H・R 10年10月10日
証の種類	被保険者証・高齢受給者証	再交付希望	必要・不必要

令和 2年12月10日 届出

上記のとおりお届けいたします。

当該被保険者証が万一、不正使用された場合は、責任を持って弁償することを誓約いたします。

なお、滅失した被保険者証を発見した時は、直ちに返納いたします。

被保険者の住所 〒 000-0000

大阪府〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇

被保険者氏名 健保 太郎

※被保険者証の再交付には、1枚につき500円の再交付手数料がかかります。(振込手数料は被保険者負担)

【再交付手数料振込先】 りそな銀行 大阪営業部 普通預金 1515173 ヤンマー健康保険組合

・振込みの際、「振込人名」には被保険者氏名を記入または入力願います。

・振込明細書(又は記帳された通帳など)の北側を申請書の裏面に糊付けし申請願います。

・なお一度振り込まれた再交付手数料は返金できませんのでご注意ください。

裏面に貼付けてください

※盗難の場合は被害(盗難)届を出したときの受理番号の記入、火災等の場合は罹災証明書等の写しを添付することで、再交付手数料が免除となる場合がありますので、再交付申請をする場合は、裏面の注意事項をよく読んで手続きをお願いします。

(不明な点は健康保険組合までお問合せください)

上記のとおり、被保険者から被保険者証の滅失届申請又は再交付申請がありましたので届出いたします。なお、今後は被保険者証の取扱に十分注意するよう指導いたします。

前回交付 H・R

健保使用欄

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名  
事業所が証明する欄

健保受付印