

# 健康保険被保険者証（カード様式）滅失・き損・再交付申請書

同 年 月 日	常務理事	事務長	係
令和 年 月 日			

※ 再交付の場合は被保険者証（カード）1枚につき500円の手数料がかかります。

※ 紛失理由が盗難・災害の場合は再交付手数料が免除されます。

災害による場合は証明書を添付してください。ただし、健保組合にて確認ができない場合は免除にはなりません。

※ 再交付の理由がき損の場合は被保険者証（カード）を添付してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 の記号・番号	記 号	番 号	被保険者 氏 名	事業所名	所属	TEL	
	再交付を希望する または 滅失した証 の該当者（該当する番号に○をつけて下さい）		1	被保険者分(本人)	滅失・き損・再交付申請の事由			
			2	被扶養者分(家族)	滅失・き損した年月日と場所 令和 年 月 日 場所（ ）			
	該当するものが被扶養者の場合は下記に記入してください				滅失・き損に至った状況（できるだけ詳細に記入してください）			
	被扶養者の氏名		生 年 月 日		続 柄	性別		
			昭・平・令 年 月 日			男・女		
			昭・平・令 年 月 日			男・女		
			昭・平・令 年 月 日			男・女		
			昭・平・令 年 月 日			男・女		
	※屋外での滅失・盗難による場合は必ず記入してください 警察に届出した年月日 届出した場所（警察署名・交番名） (TEL ) 受理番号等							
上記の通り被保険者証を滅失したことに相違ありません。今後は被保険者証の取扱いについては充分注意いたします。 なお、滅失した被保険者証を発見したときはただちに返納いたします。  令和 年 月 日 住所 セイコー健康保険組合理事長殿 被保険者 氏名								

事 業 主 記 入 欄	上記の通り被保険者より申請がありましたので提出いたします。今後は被保険者証を滅失またはき損することがないように充分指導いたします。 令和 年 月 日
	所在地
	事業所 名称 事業主名

事業所 担当者
------------

健 保 記 入 欄	再交付手数料	円
	手数料領収日	令和 年 月 日
	再交付年月日	令和 年 月 日

受付印