

記入例

健康保険被保険者証 再交付申請書
滅失・き損 届

常務理事	事務長	担当

日野自動車健康保険組合 御中

令和 2 年 5 月 10 日

被保険者証の記号・番号	記号 1211	番号 1234	従業員番号 (※)	(※) 事業主から指示があった場合のみ記入
被保険者の氏名	健保 太郎		確認欄 <input type="checkbox"/>	自署の場合は、押印を省略することができます。 *ただし、訂正があった場合は省略不可 (←自署であるため、押印を省略する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/>)
生年月日	昭和 平成 令和 50 年 4 月 1 日	被保険者 住所	〒 191 - 0052 東京都日野市〇〇町1-2-3 コーポ日野△△△号室	
勤務先	名称	〇〇〇〇株式会社		
	所在地	東京都日野市××町1-1-1		
対象者 (本人の場合も記入)	氏名	健保 花子	続柄	妻
	生年月日	昭和・平成・令和 50 年 10 月 1 日		
		昭和・平成・令和 年 月 日		
申請理由 (該当する項目に○)	再交付あり	1. 滅失 2. 盗難 発見した場合は直ちに返却いたします。 再発行手数料500円(1人につき)を添えて申請します。 被保険者氏名 健保 太郎		
	再交付なし	1. き損 2. 文字消え 【き損・文字消えの被保険者証を添付してください】 今後は被保険者証の取扱いに注意いたします。 (手数料は無料) 被保険者氏名		
発生状況	発生日 : 令和 2 年 5 月 1 日 場所 : 自宅 状況 : 保管場所になく、探しても見つからなかった			

(注意) 黒ボールペンもしくはインクで記入してください。

【滅失・盗難の場合、警察への届出を推奨します。】

事業主の証明	確認欄 <input type="checkbox"/>	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が、自署以外で作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 (←事業主の証明により、押印を省略する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/>)
		令和 年 月 日
	事業所所在地	
	事業所名称 事業主氏名	(印)

事業主使用欄	
①	②
③	④

※受領印等が必要な場合のみ使用してください

受付日付印

(R4.7改訂)