

健康保険 被保険者証 減失・毀損 再交付申請書
高齢受給者証

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	保 險 証 記号一番号	100-1234	被保険者 氏 名	健 保 太 郎 ㊟	
	再交付申請 事由の発生日	平成 30 年 4 月 1 日	事 業 所 名 称	〇〇〇〇〇株式会社	
	申 請 者	氏 名		続 柄	生 年 月 日
		健 保 花 子		妻	昭和 50 年 5 月 20 日
健 保 一 郎		長 男	平成 15 年 4 月 10 日		

(状況等を詳しく記入)	再交付申請事由の詳細	該当する方の□にチェックして下さい <input checked="" type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 毀損 (毀損の場合は保険証カード添付のこと) ※減失による再交付手数は、1枚、1,000円です。 再交付保険証の発行時に、振込用紙(郵便局専用:振込手数料は自己負担)を交付します。 買い物に出かけたときに、電車の中で鞆を忘れて下車してしまい、鉄道会社に問い合わせをしましたが、拾得物としての届出がありませんでしたので、警察署に届出をしました。		

被保険者証・高齢受給者証減失届 (減失の場合のみ記入)

上記の申請書に記載したとおり、被保険者証・高齢受給者証 (以下「保険証」という) を減失しました。今後は、十分注意し、これらの保険証を発見したときには、ただちに返納します。
なお減失した保険証によって保険給付等に事故が発生したときには一切の責任を負います。

平成 30 年 4 月 5 日

被保険者氏名 健 保 太 郎 ㊟

ナブテスコグループ健康保険組合理事長 殿

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備 考	
-----	--

事 業 主 証 明 欄	上記のとおり被保険者から健康保険証の再交付申請がありましたので提出いたします。今後は、健康保険証の取り扱いについて十分指導します。
	年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称 事業所事業主名 ㊟

— 受 付 印 —

- (注) 1. 氏名を本人自ら署名した場合の申請印は不要です。
2. 減失の場合、悪用されるケースが想定されますので、警察への届出を推奨します。
3. 紛失した保険証が見つかった場合でも、手数料の返金はいたしませんので、ご了承ください。
4. 災害等、特段の理由がある場合は、別途証明書(罹災証明書等の写し)を添付することで、手数料が免除となる場合があります。