

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

常務理事	事務長		抜者

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名		印	性別	男女	
生年月日	昭・平・令 年 月 日		勤務事業所	資格取得年月日	昭平令 年 月 日			
再交付申請の対象となる者	被保険者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	被保険者証を滅失したときの状況 (日時・場所等詳細に)		
		上記に同じ			本人			
	被扶養者欄	氏名	生年月日	性別	続柄			
			昭平令 年 月 日	男女		盗難届No.	遺失物No.	銀行振込日
			昭平令 年 月 日	男女		届出警察署		
			昭平令 年 月 日	男女		年 月 日提出		
	昭平令 年 月 日	男女		上記のとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意します。なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。				
	昭平令 年 月 日	男女		被保険者の 住所				
	昭平令 年 月 日	男女		氏名 印				

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出します。

_____ 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

東急百貨店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。)

備考欄

***記入前に必ずお読みください**

- ★ 「滅失したときの状況」は詳しく記入してください。盗難の場合は届出警察署名、届出No.の記入が必要です。
- ★ 再交付手数料 (1枚につき 2,000円) の入金確認後、再交付となります。