

被保険者
被扶養者

健康保険 被保険者証 再交付申請書

健 保 組 合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の 受 付 印
白付印

健康保険被保険者証									
記 号 番 号 (左づめで記入)									

滅失 … 紛失いたしました。
盗難・罹災で失くしました } 再交付を申請いたします。

毀損 … 破損いたしました。

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 の 氏 名	
(氏)	(名)

事業所名		電話番号	自 宅	
所 属 (または出向先)	部		職 場	
			携 帯	
被保険者住所	〒			

証の種類	再交付申請対象者の氏名	生 年 月 日	性別	続柄	申請理由	(再交付手数料の払い込みを証明する書類を添付する欄)
1人 被 保 険 者 証	(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男 女		滅失 毀損 申請に至った状況:	再交付手数料の払い込み方法は以下のとおりです。 【銀行振込み】 1枚につき1,000円 下記の銀行口座に再交付手数料として、1枚につき1,000円(振込手数料は自己負担です)を払い込み、その支払証明として(振込利用明細書、領収書等)原本をこの欄に貼り付けて、各社総務・人事部等まで提出して下さい。 振込み口座：三井住友銀行 堂島支店 (518) (普通) 1001654 名 義：OTG健康保険組合 オーティジ ケンコウホウカシイ
2人 被 保 険 者 証	(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男 女		滅失 毀損 申請に至った状況:	
3人 被 保 険 者 証	(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男 女		滅失 毀損 申請に至った状況:	
4人 被 保 険 者 証	(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男 女		滅失 毀損 申請に至った状況:	

誓約書	今後、新たに交付された証の保管については充分注意いたします。 また、返納すべき証が見つかったときは、ただちに返納いたします。 私の不始末により万が一貴組合に対し、損害を及ぼすことがあった場合は、いかなる処分を受けても異議なきことを誓約致します。 被保険者氏名
-----	--

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	(局) 番 印

【添付書類】
滅失の場合……警察署への遺失届(盗難届)のコピー(※健康保険証を紛失した場合のみ)
(コピーをもらえない場合は、下の余白に【届出日・警察署名・受理番号】を記入のこと)

令和 年 月 日
なお、地震その他災害等による紛失の場合は、罹災証明書等の写しを添付することで手数料が免除になる場合もあります。

健康保健被保険者の記号・番号の代えてマイナンバーにより申請する場合は、右記(備考)欄に記入して下さい。
※ マイナンバーを記入する場合は、確認のために添付書類が必要となります。

備考	
----	--