

健康保険 被保険者証 再交付申請書

常務理事	部 長	合 議	係

被保険者証	記 号	番 号	被保険者	(フリガナ)
記号・番号			氏 名	印
被保険者	〒 _____			
住 所	_____ Tel (_____)			

下記に記載したとおり、被保険者証を紛失しましたが、今後は取り扱いに十分注意いたします。
なお、紛失した被保険者証を発見した時は直ちに発見した被保険者証を返納いたします。

再交付申請理由 (該当に○で囲い、必要事項を記入してください)	1. 紛失	2. 盗難	3. き損	4. 余白がなくなった等 (住所欄等)
	○紛失・き損等の理由・状況を詳しく記入してください。 ○理由1.と2.の場合は記入してください。 *紛失・盗難年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 *他人に使用される可能性がありますか。 ア. はい イ. いいえ			
	届出警察署		届出受付番号	
	派出所	交 番	警察署	
再交付する保険証	続 柄	該当者氏名	続 柄	該当者氏名

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の申請がありましたので提出いたします。なお、今後は被保険者証を紛失またはき損等することがないように十分指導いたします。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

事業所 所在地
名 称
事業主名
電 話

印

受付印

再交付手数料……1,000/1枚	再交付手数料振込口座	千葉県信連 本所 (普) 0180422 千葉県農協健康保険組合
------------------	------------	--

○再交付申請の留意事項

- 再交付申請書に必要な事項を記入し、事業所の事務担当者に提出。
申請書の流れ (被保険者 → 事業所 → 健保組合 → 事業所 → 被保険者)
- 上記指定口座に被保険者名義で再交付手数料を振り込んでください。(振り込み手数料は各自負担をお願いします)
- 当組合の口座に入金の確認ができてから再交付の保険証を作成して交付します。
- き損または住所など記載余白がなくなって再交付申請の場合は、その被保険者証を添付してください。
- 住所など記載余白がなくなった場合の「申請理由」は、「4.その他」を○で囲い理由を記入してください。
住所などの記載余白がなくなった場合の再交付手数料は無料です。