

常務理事	事務長			担当者	※ 健 保 欄	※受付日	令和 年 月 日
						※交付日	令和 年 月 日

## 健康保険被保険者証再交付願

記入例

●申請者⇒本社・本店の人事担当者⇒ダスキン健康保険組合

保険証の	記号 100 番号 XXXX	再交付の理由	滅失、遺失(紛失)・毀損(破損)・盜難		
被保険者 氏名(本人)	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年 月日	S・H・R	50年5月10日生	
再交付を願い出る方の氏名(本人の場合も記入)	続柄	生年月日			
健保 花子	妻	S・H・R	50年7月10日生		
		S・H・R	年 月 日生		
		S・H・R	年 月 日生		
		S・H・R	年 月 日生		
再交付の原因	※滅失・遺失(紛失)・盜難に遭った時の状況や毀損(破損)の理由を記入してください 落とした財布に入れていて紛失				
再交付の理由	届出警察署	届受理日・番号	盜難届・遺失届	<input type="checkbox"/> 添付あり <input checked="" type="checkbox"/> 添付なし	
1. 滅失、遺失(紛失)	江坂警察署	R元.5.1(12345)	もしくはその受理証など		
2. 盗難			届・受理証がない場合その理由: 口頭で届出番号を伝えられた為、等		
3. 毀損(破損)	破損した保険証を添付してください		※届・受理証の添付があれば手数料は無料です。		
添付書類(本人確認)	<p>※被保険者本人の顔写真が分かる以下のいずれかを添付してください (該当するものを○で囲んでください)</p> <p>1. 社員証写し 2. 自動車運転免許写し 3. パスポート写し 4. (1~3のいずれも所持されていない方) 被保険者本人の住民票</p>				

上記のとおりお届けしますので再交付を、お願いします。

再交付の理由1および2の場合、健康保険証の保管に今後留意すると共に、  
旧保険証が発見された際は、旧保険証を速やかに返納します。

令和 元 年 7 月 1 日

ダスキン健康保険組合殿

被保険者本人(自署)の住所と氏名をご記入ください。

住所 000-0000  
○○県○○市○○-○-○

氏名 健保 太郎

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。

※1~2の理由の場合、警察への届出を早急に行ってください。

※被保険者証は事業所経由の交付となるため、お手元に届くまでお時間を要します。

ご希望の方へ資格取得証明書を付いたしますので、「証明書等交付申請書」を同時にご提出ください。

事業主の証明	上記の申請について相違ないことを証明します。	
事業所所在地	000-0000	○○県○○市○○-○-○
事業所名称	株 ●●●●	
事業主氏名	江坂 一郎	
電話番号	00-0000-0000	