

明電舎健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

必ず記入すること。

健康保険 被保険者証 紛失届・再交付申請書
高齢受給者証

私は、下記の通り健康保険者証を「紛失」「汚損」しましたのでお届けいたします。
紛失した保険証を発見した場合は、直ちに健康保険組合にお届けいたすことは勿論、
紛失被保険者証使用による一切の責任を負います。

再交付手数料は、下記口座に振り込みました。

今後、健康保険被保険者証の保管には充分注意します。

被保険者証の記号・番号 押印（シャチハタ可。拇印、日付印不可。）

被保険者	記号 番号	〇〇〇-〇〇〇〇〇	属	××××部×××××課
	氏名	明電 太郎	（印）	生年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
再交付 対象者	氏名	明電 花子	続柄	長女
申 請 理 由	（詳しく） 財布をなくしてしまい、中に入れていた健康保険証も紛失してしまっ った。 手数料を振り込んだ日を記入。 必ず振込をしてから申請書を提出してください。 手数料の受付は、口座振込のみとなっていますのでご注意願います。			
手数料の 振込み <small>（高齢受給者 証の場合は 不要）</small>	振込日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
	振込先口座：三井住友銀行五反田支店 明電舎健康保険組合 銀行番号：0009 店番号：653 普通 口座番号：1209112 振込金額：1枚当り1,000円（振込手数料は本人負担）			
事業主 の 証 明	上記事実を証明する			（印）

再交付証

発行	年 月 日
回収	年 月 日

常務理事	事務長	受付	事業所担当者