令和　　年　　月　　日

明電舎健康保険組合　理事長　殿

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。

記

被保険者	記号番号		所属	
	氏名	印	生年月日	年　　月　　日
再交付対象者	氏名		続柄	
申請理由	（詳しく）			
手数料の振込み（高齢受給者証の場合は不要）	振込日	令和　　年　　月　　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

R0105改訂