

健康保険被保険者証再交付申請書（滅失届）

令和 年 月 日提出

事業所欄	健康保険被保険者証記号	1	事業所番号	
	代表者印（丸印）不要			

健保組合	常務理事	事務長	健保受付印
	担当者	担当者	
	社会保険労務士記載欄 氏名等		

※訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者	被保険者番号	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	所属部課名	電話番号		-		-	

発行対象者	続柄	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	申請理由	具体的な状況		<input type="checkbox"/> 平成			

【紛失に関する留意事項】

- 紛失した健康保険証を利用停止や無効にすることはできません。
- 自宅以外で紛失された場合は必ず警察へ届出してください。

誓約書	※紛失した方のみ（き損・印字薄れの方は記入不要）						
	1. 紛失した健康保険証が万一不正使用された場合には、私が一切の責任を負います。 2. 紛失した保険証が見つかった場合は、直ちに返却します。						
令和 年 月 日		被保険者氏名			※自筆に限る		

添付書類など	状況により添付書類・手数料が異なります。ご確認のうえ必要書類を添付してください。			
	一度お振込みいただいた手数料は、いかなる理由であっても返金できません。			
	状況（内容）	添付書類（裏面添付）	保険証添付	発行手数料
	紛失	振込利用明細書等	—	500円
	破損・印字薄れ	不要	必要	—
天災による紛失	罹災証明書（写）	—	—	
天災による破損	罹災証明書（写）	必要	—	

振込先口座	[銀行]三井住友銀行（0009） [支店]東京営業部（211）
	[種別]普通預金 [口座番号]8726407 [名義]住友重機械健康保険組合（スミエジ 17キケウコウケンカブアイ）
	※振込手数料は個人負担です。 ※再発行対象者がごなたの場合であっても、必ず被保険者名でお振込みください。