

オカモト健康保険組合 殿

健康保険被保険者証(カード証)再交付申請書
(紛失・き損) ← いずれか該当に○

(注 意)

- 1. き損した為の再交付申請の時は、「き損となった被保険者証」を必ず添付して申請して下さい。
- 2. 再発行手数料として被保険者証一枚につき1,000円(税込)を添えて申請して下さい。
尚、後日被保険者証が見つかり返納されても返金されませんのでご注意ください。

年 月 日 申請

被 保 険 者	事業所名					所 属		
	被保険者証の記号番号	—		被保険者の氏名印	⑩			
	被保険者の住所	〒						
	再交付申請対象者	1. 被保険者(本人) 2. 被扶養者(家族) 3. 両方						該当番号に○
記 入 欄	申請対象被扶養者	被扶養者氏名	生 年 月 日		性 別	続 柄		
			昭・平 令	年 月 日	男・女			
			昭・平 令	年 月 日	男・女			
念 書	再交付申請理由(紛失・き損の状況を詳しく書いて下さい)							
	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> 盗難被害届 届先 警察署 届日 月 日、受理番号 </div>							
事 業 主 証 明 欄	念 書	上の通り被保険者証を紛失(滅失)・き損(破損)致しましたが、今後は十分取扱いに注意します。 尚、紛失した被保険者証を発見した時はただちに返納致します。 又、紛失した被保険者証が第三者によって不正に使用された場合は、その一切の責任を負うことを誓約致します。 令和 年 月 日 被保険者氏名・印 ⑩						
	事業主証明	上の通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致します。 なお、今後は滅失またはき損することのないよう、十分指導致します。 令和 年 月 日						
決 裁 日	事業所担当	事業所の所在地		事業主の氏名		⑩		
	決 裁	入 力	台 帳	入 金	管理簿	発行通番	旧証添付	
							有 無	

交付原因 き損・紛失・盗難・遺失・焼失・その他