

健康保険 被保険者証 再交付申請書

下記の申請に偽りが無いことを証明します

再交付の理由と届出状況について記入し、再交付料を振込後、提出下さい。
 【注意】再交付料金を振込後、紛失した被保険者証が出てきた場合で、再交付をとりやめても、理由を問わず返金することはできませんので、予めご承知おきください。

GL・課長	連絡先の電話番号

健康保険被保険者証	記号	番号	被保険者氏名 (申請者氏名)
事業所名 (会社名)			内線または外線
所属	勤務地	部署	
		部	室・課
自宅住所	〒 -		電話() -

滅失・毀損したと思われる経緯
(いつ・どこを探した等)

再交付対象者氏名(続柄) () 再交付対象者の生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

申請理由 (該当に○をつける)	A. 滅失	警察への届出をお願いします	【所轄警察署への届出状況】 被害届について
	B. 盗難		
	C. 毀損	お持ちの証を添付して下さい	<所轄警察署名> 警察署・派出所・交番 <被害届出年月日> 令和 年 月 日 <遺失物届出受理No.>
	D. その他 ()		

★<振込年月日を必ず記入してください>★

上記のとおり、保険証再交付につき、500円を下記指定口座に令和 年 月 日に振込しましたので、再交付申請いたします。

『振込先』 → 三菱UFJ銀行 名古屋営業部
 普通口座 645347
 名義：豊田合成健康保険組合(トヨタグループの健康保険)

※被保険者氏名でお振込み願います。また手数料はご本人で負担下さい。

◎ A. 滅失・B. 盗難の場合は、下記の“始末書”も記入してください。

“始末書”

上記事由の通り、被保険者証をなくしたことに相違ありません。今後、このようなことがないように充分注意するとともに、なくした被保険者証を発見したときは、直ちになくした旧の被保険者証を返納いたします。なお、第三者がその証を使用した際の医療費その他の損害については、私が責任を負うことを誓約いたします。

令和 年 月 日 被保険者氏名

事業主証明欄	被保険者から再交付申請がありましたので届出するとともに、上記記載事項に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 本欄記入ご担当者名

健康保険組合受付欄			
常務理事	事務長	GL	係

●提出経路
 申請者
 ↓
 事業所担当者 (TGの方は、TGウェルフェア(株) 管理部 給与Tへ)
 ↓
 健康保険組合