

# 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【

記入例

況について記入し、再交付料を振込後、提出下さい。  
 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  
 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 10	番号 99999	被保険者氏名 (申請者氏名)	健保 太郎
事業所名 (会社名)	〇〇〇〇株式会社		内線または外線	611-5103
所属	勤務地	部署		
	井之口	豊田合成健康保険組合	部	室・課
自宅住所	〒492-8153 愛知県稲沢市井之口町中四反畑4500番地 電話(0587)23-6661			
滅失・毀損したと 思われる経緯 (いつ・どこを探した等)	9/30に病院で使用後、数日経って紛失に気づき、病院に確認。 自宅や車中も調べたが見つからなかったため。			

再交付対象者 氏名(続柄)	健保 花子 (妻)	再交付対象者 の生年月日	昭和 平成・令和 36年10月1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】
	B. 盗難		
C. 毀損	お持ちの証を 添付して下さい	被害届 につい て	〈所轄警察署名〉 稲沢 警察署 派出所・交番
D. その他 ( )			〈被害届出年月日〉 令和 元 年 10 月 3 日 〈遺失物届出受理No.〉 9999999999

★<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 元 年 10 月 3 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組合)

※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  
ご負担下さい。

◎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 元 年 10 月 3 日 被保険者氏名 健保 太郎

事業主 証明欄	この欄は下記で証明が受けられます		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・TGの方・・・TGウエルフェア(株) 管理部 給与T</li> <li>・TG以外の方・・・各事業所の総括部門(人事・総務)</li> <li>・任継の方・・・直接健康保険組合へ送付ください</li> </ul>		
常務理事			↓ 事業所担当者 (TGの方は、TGウエルフェア(株) 管理部 給与Tへ) ↓ 健康保険組合