

りそな健康保険組合 御中

該 当 チェックする方に

健康保険被保険者証 紛失・滅失 再交付申請書
 被保険者証を紛失・滅失したのでお届けします。今後はかかることのないよう注意し、後日発見した場合は直ちに返納します。なお、本件については、貴組合に対して一切ご迷惑をおかけいたしません。

健康保険被保険者証 き損 再交付申請書
 被保険者証をき損したので き損した被保険者証を添えて お届けします。

被保険者証 記号・番号		被保険者氏名 (自署)			
性別	男 ・ 女	生年月日	年	月	日生
被保険者の 現住所	〒 ー				
再交付を 申請する 被保険者証 1, 2いずれか、 または両方を○で 囲んでください。	1	被保険者 (本人) 分			
	2	被扶養者 (家族) 分 ※再交付を申請する被扶養者について下欄に記入してください。			
		氏名	続柄	氏名	続柄
紛失・滅失 理由 ※1 (き損の場合は 記入不要)					
備考 ※2					
事業所 所在地 名称 事業主 氏名	上記の通り、被保険者より被保険者証の再交付申請がありましたので、届け出いたします。				
総務担当者氏名 および連絡先	電話				

○事業主記入欄を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入と事業主 (総務担当役職者) 氏名のサインをご記入ください。

- ※1 紛失・滅失理由は下記の事項を含めて詳しく記入すること
 ① 最終確認日 (被保険者証を最後に確認した日) 任意継続被保険者は、事業主の確認が取れないため、以下の本人確認書類を添付してください。
 ② 紛失・滅失と気づいた日 ・運転免許証またはパスポートの写し
 ③ その後、発見に努めた経過等 ・住民票等の公的証明書
 ④ 盗難の場合は、警察への届出の有無

※2 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 (個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

【健保使用欄】

	年	月	日
常務理事	検印	担当者	