

りそな健康保険組合

いずれかにチェックしてください。

該当する方に
チェック

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	4010 123456	被保険者氏名 (自署)	りそな 太郎		
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	生年月日	1970 年 12 月 31 日生		
被保険者の 現住所	〒 123 - 4567 大阪市中央区備後町2-2-1				
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	1, 2いずれか、または両方を○で囲んでください。2を○で囲んだ場合は、保険証を紛失・滅失・き損した被扶養者の氏名等を記入してください。		
	<input checked="" type="radio"/> 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
		りそな 花子	妻		
紛失・滅失 理由 ※1	①2020.5.8 ○○病院受診し、提示。返却を受けた。 ②2020.6.28 病院に行こうと探したところ見当たらず。 ③その後、自宅を繰り返し探したが発見できず。 ④自宅で他の書類に紛れ処分してしまったものと思われるため警察へは届けず。				
備考 ※2	(き損の場合は記入不要) 所属事業所、部署、所属長を記入してください。 (例) 大阪市中央区備後町2-2-1 りそな銀行 大阪営業部 大阪営業部長 ○△ □◇				
事業所 所在地 名称 事業主 氏名	上記 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。 大阪市中央区備後町2丁目2番1号 株式会社りそな銀行 大阪営業部				
総務担当者氏名 および連絡先	△ △ △ △		電話	01-2345-6789	

○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(事業主(必須)氏名の併記)をご記入ください。

直通の電話番号を記入してください。

- ※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)
 - ② 紛失・滅失と気づいた日
 - ③ その後、発見に努めた経過等
 - ④ 盗難の場合は、警察への届出の有無

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。

- ・運転免許証またはパスポートの写し
- ・住民票等の公的証明書

※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	