

りそな健康保険組合 御中

## 健康保険被保険者証滅失再交付申請書

被保険者証の 記号と番号		被保険者の 氏名と印		印	
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	性別	生年月日	続柄
			男 ・ 女	年 月 日生	
		男 ・ 女	年 月 日生		
滅失理由 (下記※参照)					
備考					
<p>被保険者証を滅失したのでお届けいたします。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、直ちに返納いたします。                  なお、本件に関しましては私において一切の責任を負い貴組合に対してはいささかもご迷惑をお掛けいたしません。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 <span style="float: right;">印</span></p>					
事業所 所在地  名 称  事業主 氏 名	上記のとおり被保険者から被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失することのないよう充分指導いたします。  <p style="text-align: right;">(役印)</p>				
総務担当者氏名 および連絡先	電話				

※ 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（保険証を最後に確認した日）
- ② 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

※ 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