

常務理事	事務長	担当者

健康保険組合使用 手数料入金確認日

## 健康保険証 滅失・毀損等 再交付申請書

事業所名	
所属長名	⑩

被保険者氏名	⑩		再交付対象者				
被保険者住所							
再交付を受ける健康保険証の記号・番号・枝番	記号		番号		枝番		
勤務する事業所名	名称 所在地						
再 申 理	交 請	付 す	を る 由				
		警察に届け出た場合	受理番号				

令和 年 月 日提出

事業主の証明	<p>上記事由のとおり健康保険証を滅失・毀損したことを証明する</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>事業所住所</p> <p>事業所名</p> <p>事業主の氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>
--------	--

再発行手数料振込先      大垣共立銀行本店営業部 普通預金 24669      大垣共立銀行健康保険組合

- ※ 振込確認後に再発行する 振込人名は被保険者名とすること 再発行手数料:1,000円(税込)
- ※ 滅失の場合は、警察に届け出るとともに、事由を詳細に記載し、顛末書を添付のこと
- ※ 毀損の場合は保険証を必ず添付すること