

# 健康保険被保険者証（カード用） 「滅失届」兼「再交付」 申請書

常務理事	事務長	部長	係

※紛失により再交付の場合は、1枚につき1,000円必要です。

① 被保険者証の 記号番号	—		届出の 種類	再交付:(滅失・毀損) <input checked="" type="checkbox"/> 該当に○ 滅失届
② 被保険者 氏名			③ 被保険者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日
④ 被保険者の資格 取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	⑤ 被扶養者 の有無	有( )人・無	
⑥ 被保険者の勤務して いる事業所の名称 (出向元又は派遣元)	事業所 名称	部署名( )内線( )		
⑦ 被保険者証を滅失 ・毀損したときの 状況 (紛失した場所や理 由をできるだけ具体 的に記入する)	遺失物届出日(紛失・盗難の場合)		届出場所と届出番号	
	令和 年 月 日		警察署・交番	
			届出番号	
⑧ 再交付を希望する 被保険者証について	・被保険者分 ・被扶養者分 → 該当者について下記⑨を記入		該当するほ うに○をつ ける	再交付申請枚数 合計 _____ 枚
⑨ 被扶養者分を 再交付する場 合は該当被扶 養者の氏名等 を記入	被扶養者氏名	続柄	生年月日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	
【念書】				
上記の届出書に記載したとおり、被保険者証(被保険者分・被扶養者分)を滅失又は毀損いたしました。万 一事故がありました場合は責任をもって弁償いたします。今後、取り扱いに、充分注意いたしますので、再交付をお願いいたします。 ⑩ なお、滅失した被保険者証(被保険者分・被扶養者分)を発見したときは、ただちに返納いたします。 令和 年 月 日 提出 被保険者の住所 _____ 連絡先: _____ 氏名 _____				

## 【注意事項】

- 毀損(汚れ・破れ)により被保険者証を再交付する場合は、この届出に該当被保険者証(カード)を添付し事業所宛(任継・特退は健保組合)に提出してください。再交付料は無料です。
- 紛失により被保険者証を再交付する場合は、再交付料としてカード1枚につき1,000円を徴収いたします。なお、第三者に悪用される恐れがありますので、必ず警察に届出の上、上記に記載してください。
- この届出は消えないボールペンで記入してください。

## 【再交付(紛失の場合)の手順】

(毀損の場合は、この届出書に毀損した被保険者証を添付し、事業所の社会保険担当者宛に提出してください。)

- この届出を事業所の社会保険担当者宛(任継・特退は健保組合)に提出してください。事業所は事業主の証明欄記入後、健保へ提出してください。

- 同時に、紛失による被保険者証を再交付の場合は、再交付料1枚につき1,000円を下記の口座にお振り込みください。

三井住友銀行 神田支店 普通 7103662 博報堂健康保険組合 (振込後の返金はできません)

振込は必ず 被保険者名 でお願います。(被保険者以外のお振込みの場合は、確認ができず、再交付できません)

- この届出と入金を当健保で確認後、1週間程度で被保険者証を再交付します。交付期間中に「健康保険資格取得証明書」(仮保険証)の交付(交付後5日間のみ有効証)が必要な方は、各事業所社会保険担当者へ(任継・特退の方は、健保組合へ)ご連絡ください。

⑪ 事業主の証明	上記のとおり被保険者から被保険者証(被保険者分・被扶養者分)の再交付申請がありましたので、提出いたします。 なお、今後は被保険者証(被保険者分・本人分)を滅失または毀損することがないように充分指導いたします。 ※任継・特退は不要です。
	所在地
	名称
	事業主氏名
	電話番号

----- 健保受付日印 -----