

理事長	専務理事	常務理事	事務長			

神戸新聞健康保険組合 理事長 様

健康保険被保険者証 滅失・き損 再交付申請書 (回目)

被保険者証の 記号		被保険者証の 番号		被保険者名	
--------------	--	--------------	--	-------	--

該当の事由に☑をしてください。

下記のとおり、健康保険被保険者証を 滅失 ・ き損 したので再交付を申請します。

今後は、取扱いに十分注意致します。また、滅失した健康保険被保険者証を発見した時は旧証をただちに返納します。

健康保険被保険者証が劣化しているため、再交付を申請します。(申請時にお手元の保険証を添付ください)

【再交付申請者について】

再交付申請者の氏名	再交付申請者の生年月日	性別	続柄	再交付事由
	昭和 平成 令和 年 月 日	男 ・ 女		滅失 ・ き損
	昭和 平成 令和 年 月 日	男 ・ 女		滅失 ・ き損
	昭和 平成 令和 年 月 日	男 ・ 女		滅失 ・ き損
	昭和 平成 令和 年 月 日	男 ・ 女		滅失 ・ き損
	昭和 平成 令和 年 月 日	男 ・ 女		滅失 ・ き損
	昭和 平成 令和 年 月 日	男 ・ 女		滅失 ・ き損
再交付理由 (詳しく記入下さい)				

【事業主証明欄】

上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。 令和 年 月 日	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名
--	--------------------------

※ 再交付申請が2回目以降より再発行手数料500円を徴収します。
(再交付理由が盗難、天災、不可抗力による場合は徴収対象外)

受付印

※ 再交付後に滅失した健康保険被保険者証が見つかっても手数料の返却はいたしません。
再交付申請書提出前に再度お確かめ(お探し)下さい。

【健康保険組合記入欄】

再交付手数料	円	徴収年月日	令和 年 月 日
--------	---	-------	----------