

# 健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証の記号番号		被保険者		氏名			
				生年月日	昭・平	年	月 日
事業所	名 称				所 属		
	所 在 地						
再交付対象者氏名		続柄 (本人・長男・長女等)	性別	生年月日	再交付申請の事由・原因等記入 (いつ・どこで・状況等)		再発行手数料 1枚につき1,000円
フリガナ			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			※記入不要
フリガナ			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			※記入不要
フリガナ			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			※記入不要

上記のとおり紛失・毀損・無余白につき再交付を申請いたします。

今後は、被保険者証を紛失、または毀損することのないよう保管に留意するとともに、紛失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。また貴保険組合に損害を生じた場合は一切の責任をもち弁償いたします。

※再発行手数料は、1枚につき1,000円を被保険者負担とし事業主経由で給与控除いたします。(任継者は指定口座にお振り込みください。)

番号控除済印 (貸付返納時)
カード送付 年月日記入欄

令和 年 月 日

被保険者

住所

氏名

印

キッコーマン健康保険組合理事長 殿

紛失 毀損に関する事業主証明 無余白	被保険者 被 扶養者 被保険者証を紛失・毀損・無余白 したことを証明する。	は	事業主の住所氏名及び印
			印

※任意継続被保険者は、本人確認書類 (運転免許証のコピー、パスポートのコピー、住民票のいずれか1点) を添付してください。