

健 保 使 用 欄	再交付年月日	令和	年	月	日
	再発行手数料	1,100 × 名分 = 円			
	請求日	令和	年	月	日

## 健康保険被保険者証【滅失・毀損】再交付申請書

被保険者証の記号・番号			被保険者の氏名		被保険者の生年月日		性別				
記号		番号		(印)	昭 平 令	年	月	日	男・女		
被保険者証の住所			〒								
被保険者の勤務する事業所			名称		<input type="checkbox"/> 東埼玉総合病院 <input type="checkbox"/> 海老名総合病院 <input type="checkbox"/> 海老名メディカルプラザ <input type="checkbox"/> 座間総合病院 <input type="checkbox"/> 清地クリニック <input type="checkbox"/> 本部 <input type="checkbox"/> 経営企画本部 <input type="checkbox"/> エリア執行本部 <input type="checkbox"/> アゼリア <input type="checkbox"/> コスモス <input type="checkbox"/> HH事業部 <input type="checkbox"/> カラダテラス <input type="checkbox"/> ケアサポート						
再交付申請対象者の氏名、生年月日等 (被保険者以外)			氏 名		生 年 月 日		性別		続 柄		
					昭 平 令	年	月	日	男・女		
					昭 平 令	年	月	日	男・女		
被保険者証を滅失・毀損した事由 (詳しく記入)											

○再交付依頼の場合、再発行手数料として1枚につき1,100円(税込み)を徴収致します。(給与天引き)  
(任意継続の方は、お振込みにより納付)

再交付後の再交付手数料は、理由を問わず返金できません。

- 紛失や盗難による場合は、第三者に悪用される恐れがありますので必ず、最寄の警察署へ届け出て下さい。
- 毀損の場合は、申請書に保険証を添付して下さい。

**〔誓約書〕**

上記の届出に記載した通り被保険者証を滅失したことに相違ありません。  
滅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。

令和 年 月 日

被保険者氏名

(印)

**JMA健康保険組合理事長殿**

事 業 主 の 証 明	上記の通り相違ありません。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> 所在地 名称 事業主名 電話番号	受付印   
----------------------------	---	-----------------