

記入例

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 =			
	請求日	令和	年	月	

どちらか○で囲って下さい。
毀損の場合は、保険証の添付が必要です。

健康保険被保険者証【滅失・毀損】再交付

保険証を確認下さい

記号	1000	番号	20998	被保険者の氏名	健保 太郎	被保険者の生年月日	昭和 2年 10月 10日	性別	男
被保険者証の住所		〒 243 - 0433 神奈川県海老名市河原口1519							
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 checked="" 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"/> 清見 <input type="checkbox"/> 経営企画本部 <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> コスモス <input type="checkbox"/> H						
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				
被保険者証を滅失・毀損した事由 (詳しく記入)		滅失・毀損をした理由を詳しく記入してください。 ※滅失の場合は、最寄りの警察署へ届出ください。							

被保険者本人の場合は、記入不要です。

○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(税別) (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。

再発行手数料は、返金できません。予めご了承の上、申請をしてください。

- 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、最寄り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 2年 9月 30日

誓約書に、署名・押印をお願いします。

被保険者氏名

健保 太郎

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。 令和 年 月 日	受付印
	所在地 名称 事業主名 電話番号	