

常務理事	事務長		担当者

## 健康保険被保険者証 再交付申請書

川崎汽船健康保険組合 理事長 殿

提出年月日 令和 年 月 日

被保険者の 記号・番号			被保険者の <small>ふりがな</small> 氏名	㊟
被保険者の 住所	〒 ..... - .....  連絡先(電話番号) - -			
再交付 該当者 <small>ふりがな</small> 氏名			被保険者との 続柄	
申請理由	1. 毀 損 (毀損の場合には、必ず申請書に被保険者証を添付してください。)			
	理 由 (紛失の日時、場所など具体的に記入してください。)			
	2. 滅 失  上記の理由により健康保険被保険者証を滅失してしまいました。 滅失した被保険者証により万一事故がおこった時は私が全責任を 負い補償いたします。なお滅失した被保険者証を発見した場合は 遅滞なく返却いたします。			
	届出をした警察署 署 派出所	届出日時  月 日 時 頃	受付番号  号	

保険証を自宅外で紛失したり 盗難にあった場合は、第三者に悪用される恐れがありますので必ず警察に届けてください。  
 保険証の再発行には 1 枚につき 1,000 円の手数料がかかります。 手数料を添えて申請してください。  
 事業主の証明が得られないときは、申請者(被保険者本人)と再交付該当者を確認できる公的証明書(写)の添付が必要です。

事業主 の 証 明	上記申請は、被保険者本人の申出によるものであり、 毀損・滅失の事実と相違ないことを確認しています。	
	事業所所在地	
	事業所名	
	事業主名	㊟

健保組合使用欄	
証回収 (滅失)	令和 年 月 日
証 再交付	令和 年 月 日
手数料 処理	令和 年 月 日

受付年月日