

【事業主確認欄】この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。	
<input checked="" type="checkbox"/>	① 申請人本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

常務理事	事務長		担当者

## 健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

被保険者情報	被保険者証	記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇	生年月日	昭平令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	氏名	フリガナ ミヅビシ タロウ 三菱 太郎	事業所名称	〇〇〇〇株式会社〇〇工場
	住所 電話番号	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 〇〇県〇〇市〇〇町 1 - 1	電話番号 :	〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇

再交付が必要な対象者にを入れてください

				再交付の理由
<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分				<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分				
被扶養者情報	再交付が必要な被扶養者の氏名	生年月日	性別	再交付の理由
	三菱 愛子	昭平令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	男 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">女</span>	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		昭平令 年 月 日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		昭平令 年 月 日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ( )

事業主欄	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。 なお、今後は健康保険被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。		
	事業所住所		
	事業所名称		
	事業主氏名	電話番号 :	( )

備考	
----	--

受付年月日

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

※再交付は、1枚につき手数料1,000円が必要となります。入金確認後に被保険者証を交付いたします。  
(警察に届出済みの盗難や焼失、天災等、本人の責によらない場合を除く)

振込先：三菱UFJ銀行 本店 普通 〇〇〇2372 三菱製紙健康保険組合 (ミヅビシケンコウホクカミイ)  
(振込手数料はご負担願います。)