

健康保険被保険者証 紛失 再交付申請書

常務理事	事務長	担	当

被保険者の記号・番号	被保険者氏名	被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日			
在籍事業所	社員コード								
再交付を希望する者	続柄	氏名	生年月日	左記のとおり紛失しましたが、今後はこのようなことのないように証の保管・使用について十分注意するとともに、紛失した証を発見したときはただちに返納いたします。 <u>なお、万一紛失した証が不正に使用された場合は私が一切の責任を負います。</u> ※再交付手数料は1枚につき100円です(給与控除)。					
			昭和 平成 令和				年	月	日
			昭和 平成 令和				年	月	日
			昭和 平成 令和				年	月	日
再交付申請の事由	1 紛失・き損した日時、場所(正確な記憶のないときは心あたりの日時、場所、状況。)		左記のとおり 紛失 ・ き損 につき再交付を申請します。 令和 年 月 日 京セラ健康保険組合 理事長殿 住所 被保険者 氏名 ㊞						
	日時	場所							
	2 最後に証を使用した医療機関に証を保管して貰っていないか確認しましたか。								
	3 証はいつもどこに保管していましたか。								
4 以前に紛失したことはありませんか(紛失して証の再交付を受けていればその年月日)。		上記被保険者は被保険者証を 紛失 ・ き損 したことを確認しました。 所在地 事業所名称 事業主氏名 ㊞							

※被保険者証をき損した場合はその被保険者証を添付してください。

※悪用される恐れがありますので、必ず警察に届け出てください。