

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 係 員 |
|      |     |     |

**見 本****健康保険被保険者証再交付申請書 (兼 紛失届)**

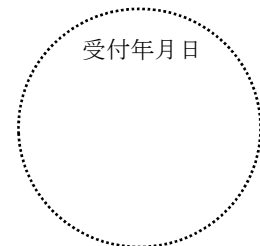
記入日 年 月 日

|  |           |   |        |                 |                                  |
|--|-----------|---|--------|-----------------|----------------------------------|
| 被保険者証<br>記号-番号   | 2 1 - 1 5 | 被保険者<br>氏名  | 健保 こだま |                 |                                  |
| 事業所名   | 株式会社健保    | 所属  | 宇治支店   |                 |                                  |
| 対象者  | 氏名        | 性別  | 続柄     | 生年月日            | 再交付                              |
|  | 健保 のぞみ    | 男 (女)   | 子      | 昭・平・令 14年 1月 4日 | (要)・不要                           |
|  |           | 男・女   |        | 昭・平・令 年 月 日     | 要・不要                             |
|  |           | 男・女   |        | 昭・平・令 年 月 日     | 要・不要                             |
| 申請理由   |           | 状況 (時期・場所等)   |        |                 | 再交付手数料                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> 紛失<br>【遺失物届】<br>届出年月日: 2020年 3月 1日<br>届出先: 京阪 警察署<br>受理番号: 12345 |           | 2020年3月1日、自宅近くの病院にかかり、帰宅後保険証がないことに気づいたので病院へ問い合わせたが、発見には至らなかったため警察へ届け出た。 |        |                 | 1枚につき 200円<br>振込年月日<br>2020年3月8日 |
| <input type="checkbox"/> 不注意による破損<br>※保険証を添付してください   |           |   |        |                 |                                  |
| <input type="checkbox"/> 文字消え・無余白・不可抗力による破損<br>※保険証を添付してください   |           |   |        |                 |                                  |
| <input type="checkbox"/> 盗難<br>【盗難(被害)届】<br>届出年月日: 年 月 日<br>届出先: 警察署<br>受理番号: _____                  |           |   |        |                 | 不 要                              |
| <input type="checkbox"/> 罹災  |           |   |        |                 |                                  |

|                   |  |   |
|-------------------|--|---|
| 再交付<br>手数料<br>振込先 | 三井住友銀行 天満橋支店 【普通】 1298941<br>口座名義: 京阪グループ健康保険組合<br>(ケイハングループケソウホケンミアイ) | ・振込み手数料は申請者負担<br>・振込み人名は被保険者氏名でお振込みください |
|-------------------|--|---|

※お振込みいただいた再交付手数料はお返しかねさせていただきます。  
振込み後、保険証が見つかった場合でも新しい保険証と差替えとなります。  
今一度お確かめの上、お振込みください。

|                |       |
|----------------|-------|
| 事業所<br>証明<br>欄 | 所在地   |
|                | 名称    |
|                | 代表者氏名 |



(本人→会社→健康保険組合)