タムラ製作所健康保険組合　御中

滅　失
健康保険　被保険者証　き　損　・再交付申請書

常務理事	事務長			係員

◎再交付理由がき損（破損）の場合は、被保険者証を添付してください。

被保険者証の 記号	番号	氏名	生年月日
		（フリガナ） （自署）	□昭和 年 月 日 □平成 □令和

被保険者の住所	郵便番号	－	電話番号（日中の連絡先）	（　　）

再交付が必要な方（該当番号に〇をする）

□被保険者（本人が保持しているもの）

□被扶養者（家族が保持しているもの）

右記に再交付が必要な被扶養者氏名

氏名	生年月日	続柄
	□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	
	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	
	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	

再交付の理由（該当番号に〇をする）

□ 滅失・き損（破損）のため

滅失・き損（破損）した年月日と場所（わかる範囲で）

（令和　　年　　月　　日
場所　　）

滅失・き損（破損）に至った状況（できるだけ詳細に記入ください）

（　　）

届出警察署（　　）　遺失物届・盗難届等の受理番号（　　）

被保険者証についての誓約

被保険者証を滅失又は、き損（破損）いたしましたが今後は取扱いに十分注意します。滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。

被保険者署名(自署)

□ 盗難のため　（悪用されるケースも想定されますので、必ず警察への届出をお願いします。）

盗難にあった年月日と場所

（令和　　年　　月　　日
場所　　）

盗難にあった状況（できるだけ詳細に記入ください）

（　　）

警察署への遺失物届・盗難届等の受理番号

（　　）

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届出いたします。
なお、今後は健康保険被保険者証を滅失又は、き損（破損）することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

この申請書のほかに必要なもの

1.保険証再交付手数料・・・1枚につき¥1,000※

（入金確認後の再交付となります）

振込先：りそな銀行(010)　石神井支店(764)　普通0397588

名義人：タムラ製作所健康保険組合　(ﾀﾑﾗｾｲｻｸｼｮｹﾝｺｳﾎｹﾝｸﾐｱｲ)

振込人名：被保険者氏名　※振込手数料をご負担ください

（R02.12）