

**記入例**

**(滅失・棄損)による健康保険 被保険者証 再交付申請書 (任意継続被保険者・関連会社直採者用)**

大同生命健康保険組合 御中

次の事項を確認のうえ被保険者証の再交付を申請します。

- ・再交付は棄損等による差替の場合を除き有償(1枚あたり1,000円)であること。
- ・被保険者証の再交付は、再交付手数料振込確認後となること。
- ・被保険者証が見つかった場合は、すみやかに健康保険組合へ返却すること。
- ・再交付手続き完了後に被保険者証が見つかった場合、再交付手数料は返金されないこと。

**【再交付方法】**

- ①当申請書を健康保険組合へ送付
- ②再交付手数料(1枚につき1,000円)を次の口座に振込 ※振込手数料は本人負担  
 <振込先> 三菱UFJ銀行/中之島支店/(普) 5094544  
 [名義]大同生命健康保険組合(ダイドウセイメイケンポ)

記号	番号	被保険者の氏名	性別	生年月日						資格取得年月日											
1	111111	大同 太郎	男	S	H	R	50	年	1	月	1	日	S	H	R	9	年	4	月	1	日

滅失・棄損した日 滅失・棄損した場所と理由(詳しく)

R	3	年	3	月	1	日	保険証を入れた財布を〇〇線の電車内に置き忘れた														
---	---	---	---	---	---	---	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

再 交 付 対 象 者	氏 名		性別	生年月日						続柄	再交付の原因			
	大同 花子		男	S	H	R	20	年	2	月	1	日	長女	滅失・棄損・その他
			男	S	H	R		年		月		日		滅失・棄損・その他
			男	S	H	R		年		月		日		滅失・棄損・その他

(滅失・棄損)により健康保険被保険者証再交付の申請をいたします。今後は(滅失・棄損)することのないよう充分注意するとともに、万一事故が発生したときは、その責任を私が一切負うことといたします。また、後日被保険者証を発見した場合には、直ちに返納いたします。

大同生命健康保険組合 理事長殿

(西暦) 2021 年 4 月 1 日

被保険者 住所: 〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3

氏名: 大同 太郎

<関連会社証明欄> 上記、被保険者より再交付の届出がありましたので、よろしくお取計らいください。

事業所名 〇〇〇〇〇〇株式会社  
 事業主氏名 代表取締役 〇〇〇〇

受付日付印

健康保険組合 処理欄		
処理年月日		
常務理事	事務長	担当