

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

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。
- ・再交付手数料は、毎月18日までに申請受理されたものを、翌月給与で控除(控除科目：健保幹旋)されること。
- ・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。
- ・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。

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・女	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・女	S・H・R	20	年	2	月	1	日	長女	滅失・棄損・その他					
			男・女	S・H・R		年		月		日		滅失・棄損・その他					
			男・女	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。また、申請にあたっては、再交付手数料として、1,000円を給与控除することに同意します（棄損等による差替の場合を除く）。
 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

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	大同生命保険株式会社 〇〇支社
事業主氏名	〇〇支社長 〇〇 〇〇

事業主記入欄です。被保険者は記入不可となりますので、下記のとおり手配ください。

- ①内務職員等（保険証番号の記号1の方）は、空欄でヒューマン・リソース・パートナーズへ送付（HRPが記入）ください。
- ②上記「①」以外（記号1以外）の方は事業主へ依頼ください。

健康保険組合 処理欄		
処理年月日		
常務理事	事務長	担当