

健康保険

- 被保険者証
- 高齢受給者証
- 限度額適用認定証

- 滅失
 - 棄損
- 再交付申請書

健康保険組合	
常務	係
記入例	

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

提出日 令和 2 年 10 月 10 日

被 保 者	被保険者証	記号 (4桁)	1010	被保険者 氏 名	健保 太郎		性別	男	
		番号	101234						
保 険 者	生年月日	昭和 47 年 8 月 3 日		事業所 名 称	本田技研工業(株)				
	再交付の 該当者 (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	氏名 続柄						
		<input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名 続柄						
氏名 続柄									
再 交 付 申 請 事 由 の 詳 細	再交付の 申請事由 (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 ※注1 <input type="checkbox"/> 盗難 ※注1 <input type="checkbox"/> 棄損 ※注2 <input type="checkbox"/> その他 () ※注1 紛失・盗難で他人に使用される可能性がある場合は警察への届出をお勧めします。 ※注2 棄損した該当の証を添付してください。							
	【発生日】	令和 2 年 9 月 21 日							
		【発生場所】	〇〇駅						
		【発生状況】 できるだけ 詳しく記入	定期券を購入する際に財布から落としたようで、駅に確認したが 見つからなかったため						
		※最後に使用または確認した日 令和 2 年 7 月 11 日							
欄	上記のとおり再交付を申請いたします。 なお、滅失による <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 を発見したときは、 直ちに返納致します。								
	被保険者	住民票登録 住所	〒 199 - 0000 東京 都 〇〇区△△1-2-3		Tel 03 - 0000 - 1111		氏名 健保 太郎		

事 業 主 証 明 欄	確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。						
	<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。						
被保険者		被保険者 _____ は、被保険者証・高齢受給者証・限度額認定証を 滅失・棄損したことを届出いたします。 今後このような事のないよう取り扱いについて充分指導し、回収に努めます。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
所在地		_____						
事業所 名 称		_____						
事業主 名		_____ (印)						

※特例退職・任意継続の方は事業所の証明は不要

※被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自筆する場合または自筆でない場合でも事業主が
事業主証明欄にて証明する場合は省略できます

《申請・交付ルート》

被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合 → 勤務先総務部門 → 被保険者
 (任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合 → 任意継続・特例退職被保険者)

ホンダ健康保険組合

受付日印