

## 健康保険被保険者証 紛失（き損）届

★記入漏れがあると再発行が遅れる場合があります

記入日：令和 年 月 日

被保険者証 記号番号	記号	番号	事業所名		
	フリガナ		性別	生年月日	
被保険者氏名			男・女	昭和・平成	年 月 日
	〒		TEL ( )		
対象者  被保険者本人の 場合も記入して ください	氏名	性別	続柄	生年月日	
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和	年 月 日
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和	年 月 日
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和	年 月 日
紛失・破損の 理由  自宅以外で紛失 した場合は警察 に届け出てくだ さい	① 発生日（紛失やき損に気がついた日）： 令和 年 月 日				
	② 紛失した場所：				
	③ 状況（詳細に記入）：				

いすゞ自動車健康保険組合 理事長殿

上記のとおり健康保険被保険者証を紛失（き損）いたしました。今後は十分取扱いに注意いたします。  
なお、紛失した被保険者証を発見したときは、ただちに発見した方を返納いたします。

被保険者署名

## ◆ 再交付申請書 ◆

\* 健康保険被保険証の再交付を

 申請する

下記手数料を添えて申請いたします。

 申請しない

再発行料（500円/枚）	500円×
郵送料（書留）	500円
合計	円

※社内便の場合は郵送料不要

※切手可

\* 健康保険被保険証の送付先（どちらか選んでください）

 被保険者勤務先の

健康保険業務担当者へ送付する

 被保険者の自宅へ送付する

(注)

- ・領収書欄↓の氏名も必ず記入し、勤務先へ提出してください。
- ・この届にマイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

受付印

健康保険組合			
常務理事	事務長	課長	担当

事業所健保担当部署	
所属長	担当

RJ.5.1

No. -

## 領 収 書

様

¥

令和 年 月 日  
上記金額正に領収いたしました。  
いすゞ自動車健康保険組合総務課

㊞