常務理事	事務長	事務次長	担　当	被扶養者台帳照合印

健康保険被保険者証　滅失・き損届　／　再交付申請書

※1　この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため、再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合又は、被保険者証の更新ないしは検認の際に被保険者証を提出又は返納することができない者が有効保険者証の再交付を受けるため提出するものです。

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日
			昭和 平成 令和　年　月　日
被保険者の現住所			資格取得(入社)年月日
〒			昭和 平成 令和　年　月　日
日中連絡のとれる電話番号		TEL　－　－　(内線　)	
被保険者の勤務する(していた)事業所の	会社名と所属部署		
	所　在　地	〒	

減失・き損・再交付の対象となる方	氏　名	生年月日	性別	続柄	届出の種類
		昭和 平成 令和　年　月　日	男・女		滅失 ・ き損
		昭和 平成 令和　年　月　日	男・女		滅失 ・ き損

被保険者証を滅失した年月日	令和　年　月　日	被保険者証を滅失した場所	
被保険者証を滅失した事由(詳しく)			
警察署への届出	警察署	受理番号	
被保険者証発見の際の返納誓約	うえの届出に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。　被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿		
確認欄	右記を確認後、チェックをつけてください □	この届出については、①又は②の要件を満たしている。 ①申請者本人(被保険者)が作成した。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認した。	

被保険者証を再発行する際は、1枚につき1,000円の再交付手数料が必要となります。
下記の口座にお振り込みください(振込手数料はご本人様負担)(注)紛失した被保険者証が見つかった場合ご返納いただきますが、再交付手数料は返金できませんのでご了承ください。

振込先:　みずほ銀行　新橋支店
普通預金　1066935
口座名義　共同通信社健康保険組合　左記の口座への振込日　　年　月　日

＊被保険者証の再交付は、滅失･き損/再交付申請書の提出と再発行手数料の振込確認がとれてからになります。

事業主の証明	上記、被保険者が健康保険の被保険者証を滅失したことについて届出のとおり相違ないことを証明いたします。
	令和　年　月　日
	住所　〒
	氏名　印
	電話

受付日付印

事業所担当者印

共同通信社健康保険組合