事業所記号		

健康保険被保険者証 滅失
毀損 再交付申請書

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

正

再交付の際は、一枚につき手数料２０００円がかかります。

毀損した場合は、この申請書にカードを添付してください。

被保険者情報	被保険者証番号		被保険者氏名		印	生年月日	昭和 平成 年 月 日	性別	男 ・ 女
	住 所	〒 −				TEL	（ ）		

再交付が必要な方	氏	名	生年月日	続柄	再交付理由
			昭和 平成 年 月 日		1.滅失 2.毀損 3.その他
			昭和 平成 年 月 日		1.滅失 2.毀損 3.その他
			昭和 平成 年 月 日		1.滅失 2.毀損 3.その他

滅失の場合	被保険者証を滅失した年月日	平成 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理由				
	届出た警察署	警察署 交 番 派出所 TEL （ ）	届出受理番号		※警察に届け出ている場合には、盗難届や遺失届で受理されたことが確認できる受領証等の写しを添付してください。

※警察署へ届出内容の照会をすることを了解の上、申請書をご提出ください。

上記の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直ちに返納いたします。なお、この滅失被保険者証によって、故意に不正使用する等により保険給付に事故が発生したときは一切の責任を負います。

平成 年 月 日 被保険者氏名 ㊞

健保記入欄	再交付手数料	
		円

平成 年 月 日提出

提出者	
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 ㊞
	電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者	
	㊞

受付日付印

事業所記号		

健康保険被保険者証 滅失
毀損 再交付確認通知書

副

被保険者情報	被保険者証番号		被保険者氏名		印	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住 所	〒 −				TEL	( )			

	氏 名		生年月日	続柄	再交付理由
再交付が必要な方			昭和 平成 年 月 日		1.滅失 2.毀損 3.その他
			昭和 平成 年 月 日		1.滅失 2.毀損 3.その他
			昭和 平成 年 月 日		1.滅失 2.毀損 3.その他

滅失の場合	被保険者証を滅失した年月日	平成 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理由				
	届出た警察署	警察署 交 番 派出所 TEL ( )	届出受理番号		※警察に届け出ている場合には、盗難届や遺失届で受理されたことが確認できる受領証等の写しを添付してください。

※警察署へ届出内容の照会をすることを了解の上、申請書をご提出ください。

上記の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直ちに返納いたします。なお、この滅失被保険者証によって、故意に不正使用する等により保険給付に事故が発生したときは一切の責任を負います。

平成 年 月 日 被保険者氏名 ㊞

	再 交 付 手 数 料	
健保記入欄		円

平成 年 月 日に提出された再交付申請書に基づき、再交付手数料を領収いたしましたので、被保険者証を再交付いたします。

提出者	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ㊞ 電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長

社会保険労務士の提出代行者	
	㊞

確認日付印