

# 給与控除用

※再発行料は給与控除にて徴収します（1枚につき500円）。  
※再交付1枚につき1部の申請書が必要です。

申請・交付順序 被保険者→勤務先総務人事担当部門→健康保険組合→勤務先総務人事担当部門→被保険者

小松製作所健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険被保険者証(毀損・滅失)再交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	提出年月日	令和	年	月	日				
	フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	被保険者氏名		所 属 (出向先)						
	自宅TEL								
	現住所	〒							
	再交付を受ける被保険者証の記号・番号	記号			番号				
	紛失した被保険者証に記載されている氏名・続柄	氏名			続柄				
	毀損・滅失の理由 (日時・場所等具体的に)	※必ず記入							
	警察への届出	有・無	届出年月日	届出受理番号	届出先	派出所 交番 警察署			
			令和	年	月	日	第	号	

**<誓約書>** ※毀損の場合でかつ毀損した保険証を添付できる場合は署名不要

上記理由の通り被保険者証を滅失いたしました。その被保険者証により不正受診等の事実があったときは、全ての責任をとり補償することを誓約いたします。

また、今後このようなことがないよう十分注意いたします。

なお、滅失した被保険者証を発見した場合は直ちに返納いたします。

令和 年 月 日 被保険者氏名 \_\_\_\_\_

注 意 事 項	1. 毀損の場合はその被保険者証を添付してください。
	2. 屋外等で滅失した場合は万が一に備え必ず警察署へ届け出てください。また、届出年月日、届出受理番号、届出先を記入してください。
	3. 再発行料の返金はできませんのでご注意ください。
	4. 法令に基づく災害等で被災した場合、再交付料を徴収しない場合があります。

事 業 主 の 証 明	上記、毀損・滅失に相違ない事を証明します。 なお、今後は被保険者証を毀損または滅失することがないよう十分指導いたします。
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 (事業所担当者氏名 _____)

健 保 使 用 欄	徴収の有無
	有 無
	備考
	年 月分から控除

※この申請書に記入された個人情報は、健康保険業務全般に利用いたします。