

## 健康保険 健康保険証 滅失・毀損届 / 再交付願

届出年月日	令和	○	年	○	月	○	日			
記号・番号	999		-	9999		事業所名	○○○○株式会社			
被保険者氏名	健保 弘志 (印)			生年月日	昭和 平成	○年○月○日				

届出区分	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失・盗難 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 毀損	対象者氏名	健保 弘志	
届出理由	引っ越しの際に紛失				
届け出た警察署 ※滅失・盗難時に記入	○○○○		警察署	届出番号	○○○○
再交付の希望について	<input checked="" type="checkbox"/> 再交付を希望する ※滅失・毀損等により再交付を受ける場合は、再交付料として1,000円/枚 徴収いたします。 <input type="checkbox"/> 再交付を希望しない(理由: )				

### 再交付までの流れ

- ①健保組合より再交付料の振込用紙『払込取扱票』を送付いたします。
- ②郵便局にて『払込取扱票』により再交付料をお振込みください。(振込手数料別途)  
 ※再交付料のお支払は振込のみとなり、社内便等による組合への送金等は受け付けられません。  
 ※振込み後の返金はできませんのでご注意ください。
- ③健保組合にて再交付料の入金を確認し、健康保険証を再交付いたします。  
 ※入金確認は郵便局より郵送にて通知されるため5日程度かかります。

### 注意事項

- 第三者に悪用される恐れが有るため、健康保険証を滅失した・盗難にあった場合は、必ず警察に届け出てください。
- 毀損の場合は、毀損した健康保険証を併せて提出してください。
- 滅失した健康保険証を発見した場合は、直ちに返納してください。

健 保 組 合 記 入 欄						
再交付年月日	令和	年	月	日	備考	

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事 業 所	
責 任 者	担 当