

供 閲 覧	常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険被保険者証

滅失

健康保険高齡受給者証

破損

再交付申請書

該当するものにレ点を入れてください

被保険者証	記号 番号		被保険者氏名	印
被保険者証の生年月日	昭和 平成	年 月 日	事業所の名称	
再交付対象者氏名		続柄		生年月日
				昭和 平成 令和
				年 月 日
				昭和 平成 令和
				年 月 日
				昭和 平成 令和
				年 月 日
再交付 申請の事由 (警察へ届出日)	令和 年 月 日			
事業主の証明	上記再交付対象者は健康保険被保険者証を 滅失 したに相違ないことを証明します。 破損 令和 年 月 日		住所 事業主 (又は代理人) 氏名	印

令和 年 月 日提出 (ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。)

再交付手数料振込先:(保険証カード1枚につき1,000円)三井住友銀行 築地支店 普通口座 7034678 日本ユニシス健康保険組合

添付書類:「滅失始末書」、「振込み明細の控」(インターネットバンキングによる振込の場合は画面のコピー)

高齡受給者証は手数料不要です