

(該当に○)

該当項目にチェックを入れて下さい

再交付申請書 (滅失・き損)

帝人グループ健康保険組合 理事長 殿

健康保険被保険者証

高齢者受給者証

健康保険限度額適用認定証

常務理事	事務局

健保記入欄			
請求書 発行日	調定 確認日	入金 確認日	経理 入力日

※被保険者証の記号・番号が不明の場合は空白でも可

令和 年 月 日 提出

保険証の 記号・番号	記号 番号	被保険者氏名		
所属会社・部署			所属TEL	
現住所	〒		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
		TEL()		

「再交付を希望する人」

氏名(フリガナ)	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
		昭和・平成・令和 年 月 日
再交付を希望する理由 (滅失した場所や、き損させた理由などをできるだけ詳しく記入してください)		
※保険証等が見つかった場合は、見つかった保険証等をすみやかに返却ください。		

※健康保険証の再交付を希望する人は、下記を必ず読んで署名をして下さい。

【健康保険証再交付に関する誓約事項】

- ①再交付には、1枚につき500円を支払います。
- ②再交付料の支払いについては、事業主に委託します。
- ③再交付料は、いかなる理由があっても返金を求めません。

※上記、①～③について同意の上、署名します。

被保険者氏名
