

常務理事	事務長		扱	者

健康保険 被保険者証 滅失 再交付申請書

高齡受給者証 毀損

受付日付印

- ※ 保険証の再交付には1枚につき、500円の再交付手数料がかかります。（高齡受給者証は不要）
再交付後は理由を問わず再交付手数料は返金できません。
- ※ 次の場合は再交付手数料を免除いたします。免除には【】内の証明書等が必須です。
①毀損（破損した場合や印字が消えた等）した場合。【毀損した保険証】を添付
②火災・天災等で滅失した場合。【罹災証明書】を添付
③盗難（強盗やスリ等）にあった場合。【盗難届または被害届受理票の写し】を添付

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名			
被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日				
被保険者 現住所	〒 - 都道府県		TEL - -			
滅失・ 毀損した者	氏名	生年月日	性別	続柄	原因	再交付
		昭和 平成 令和 年 月 日	1. 男 2. 女		1. 滅失（紛失・盗難） 2. 毀損（破損）	1. 要 2. 不要
		昭和 平成 令和 年 月 日	1. 男 2. 女		1. 滅失（紛失・盗難） 2. 毀損（破損）	1. 要 2. 不要
		昭和 平成 令和 年 月 日	1. 男 2. 女		1. 滅失（紛失・盗難） 2. 毀損（破損）	1. 要 2. 不要
滅失・ 毀損した事由	滅失・毀損した 年 月 日	年 月 日	滅失・毀損した 場 所			
	滅失・毀損した状況（できるだけ詳細に） 警察への届け出の有無 [なし ・ あり → 届出書の種類： 遺失物届 ・ 盗難届 ・ 被害届] 届出書の提出先 [警察署名： 届出日： 年 月 日 受理番号：]					
誓約	ビックカメラ健康保険組合理事長 殿 再交付手数料について、事業主を経由して支払うことに同意致します。 【滅失（紛失・盗難）の場合】 また、今後は十分注意するとともに、滅失した証を発見した場合はただちに返却致します。 なお、滅失した証が不正使用された場合は、責任をもって弁償することを誓約致します。 年 月 日 被保険者氏名 _____					

事業主記入欄

上記のとおり被保険者が滅失または毀損したことを証明します。
なお、今後は滅失、毀損することのないよう十分指導致します。

事業所

所在地

名称

事業主氏名

電話

常務理事	事務長		扱	者

健康保険 被保険者証 高年齢受給者証 記入例 再交付申請書

受付日付印

- ※ 保険証の再交付には1枚につき、500円の再交付手数料がかかります。（高年齢受給者証は不要）再交付後は理由を問わず再交付手数料は返金できません。
- ※ 次の場合は再交付手数料を免除いたします。免除には【】内の証明書等が必須です。
 - ① 毀損（破損した場合や印字が消えた等）した場合。【毀損した保険証】を添付
 - ② 火災・天災等で滅失した場合。【罹災証明書】を添付
 - ③ 盗難（強盗やスリ等）にあった場合。【盗難届または被害届受理票の写し】を添付

被保険者証 記号・番号	記号 ●●●●	番号 ●●●●●●	被保険者 氏名	健保 太郎		
被保険者 生年月日	昭和 ●●年 ●●月 ●●日	平成 ●●年 ●●月 ●●日	被保険者 現住所	〒●●●-●●●● ●●市△△-●●-●● TEL ●●●-●●●●-●●●●		
滅失・毀損した者	氏名	生年月日	性別	続柄	原因	再交付
	健保 ○○	昭和 ●●年 ●●月 ●●日	1. 男 2. 女	(本人・長女等)	1. 滅失 (紛失・盗難) 2. 毀損 (破損)	1. 要 2. 不要
	滅失もしくは毀損した人の情報(本人・家族)のみ記入					
滅失・毀損した事由	滅失・毀損した 年月日	●●年 ●●月 ●●日	滅失・毀損した 場所	●●時●●分●●線～方面発、 前から△両目の●側の柵		
	滅失・毀損した状況(できるだけ詳細に) ●●●●年●●月●●日 20時15分勤務終了後に、帰宅途中の電車内で居眠りをして降りるべき駅を寝過ごし、慌てて乗り換えた。21時頃改札を通過する際に鞆が無いことに気づき、鉄道会社の落とし物窓口連絡をとって見たものの届出がなく、翌日も連絡してみたが届出はなかったため、警察にも盗難届として届出を行った。紛失した鞆の中の財布に保険証が入っていたため、滅失・再交付申請の届出をいたします。 警察への届け出の有無 [なし ・ あり] → 届出書の種類: 遺失物届 ・ 盗難届 ・ 被害届] 届出書の提出先 [警察署名: ●●●警察署 届出日: ●●年 ●●月 ●●日 受理番号: ○○○○○○]					
誓約	ビックカメラ健康保険組合理事長 殿 再交付手数料について、事業主を経由して支払うことに同意致します。					
	【滅失(紛失・盗難)の場合】 また、 ↓再交付が必要な方のみ、ご一読のうえ署名 なお、滅失した証が不正使用された場合は、責任をもって弁償することを誓約致します。 和歴●●年 ●●月 ●●日 被保険者氏名 健保 太郎					

事業主記入欄

上記のとおり被保険者が滅失または毀損したことを証明します。	お勤め先で記入する欄の為、 請求者の記入は不要です。
なお、今後は滅失、毀損することのないよう十分指導致します。	
事業所	
所在地	
名称	
事業主氏名	
電話	